



Les inégalités sociales de santé à l'heure de l'épidémie de Covid-19

Cyrille Delpierre, Stéphanie Vandentorren, Michelle Kelly-Irving, Damien Mouly, Émilie Counil, Isabelle Grémy, Thierry Lang, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles

DANS **ADSP 2021/1 N° 113**, PAGES 35 À 49

ÉDITIONS **PRESSES DE L'EHESP**

ISSN 1243-275X

DOI 10.3917/aedesp.113.0035

Date de mise en ligne : 01/12/2021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2021-1-page-35?lang=fr>



CAIRN · INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses de l'EHESP.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les inégalités sociales de santé à l'heure de l'épidémie de Covid-19

Des enquêtes révèlent l'existence d'inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. Le virus a circulé davantage dans les zones défavorisées, qui ont connu une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

Statistiques, inégalités sociales de santé et Covid-19

La pandémie de Covid-19 touche de façon inégale la population à différents niveaux : par la maladie et sa prise en charge, par les mesures barrières et de confinement et enfin par les conséquences économiques et psychologiques qui en découlent. Néanmoins, les données manquent encore en France pour mesurer l'impact de l'épidémie, de la prise en charge des malades et des mesures de contrôle de l'épidémie sur les populations spécifiques (populations précaires, personnes âgées, etc.), et plus largement au regard des caractéristiques sociales en population générale.

La France se caractérise par des inégalités sociales de santé (ISS). Sur la période 2012-2016, l'écart d'espérance de vie entre les 5 % les plus aisés (en termes de revenus) et les 5 % les plus modestes est de douze ans chez les hommes et de huit ans chez les femmes¹. Ces inégalités sont observées dans la distribution de beaucoup de pathologies, chroniques comme infectieuses [65]. Ainsi, dès le début de la pandémie de Covid-19, nous pouvions faire l'hypothèse que son impact serait plus important chez les

personnes socialement moins favorisées, et ce à différents niveaux :

- un risque d'infection plus important lié à des emplois moins « télétravaillables », l'utilisation des transports en commun, des conditions de vie favorisant la promiscuité (logements exigus, suroccupation, peu d'accès extérieurs privés) ;
- un risque de faire des formes graves de la maladie plus important lié à une plus forte prévalence de certains facteurs de risque (hypertension, bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, tabagisme, obésité) et potentiellement à un état inflammatoire et à une « usure physiologique » plus élevés chez les personnes moins favorisées [4, 19], qui pourrait conduire à un risque plus élevé de présenter une réponse inflammatoire excessive ;
- un recours aux soins moins fréquent même si des phénomènes de rattrapage sont observés [50], lié à des obstacles financiers, à l'accessibilité géographique, au temps d'attente nécessaire et à la notion que ce recours est « moins prioritaire » que d'autres besoins fondamentaux ;
- durant le confinement et le couvre-feu, un impact psychologique, sanitaire et socio-économique plus important pour les personnes vivant dans des conditions de logement moins favorables. Enfin, la durée

Cyrille Delpierre

Cerpop, Université de Toulouse, Inserm, UPS, Toulouse

Stéphanie

Vandentorren

Santé publique France, Direction scientifique et internationale, Université de Bordeaux, Inserm, UMR 1219, vintage team, Bordeaux

Michelle Kelly-Irving

Cerpop, Université de Toulouse, Inserm, UPS, Toulouse

Damien Mouly

Santé publique France, Direction des régions, cellule régionale Occitanie, Toulouse

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

de la quarantaine, la peur de l'infection, l'ennui, le manque d'information, le mauvais approvisionnement ou les pertes financières ont été associés aux problèmes psychologiques [11]. Les femmes, les jeunes (18-30 ans), les personnes plus âgées (plus de 60 ans) et les personnes devant se déplacer pour travailler ou habitant dans les zones les plus touchées étaient particulièrement sensibles au stress psychologique ressenti, lui-même également influencé par la qualité du système de santé.

Le rationnel de ces hypothèses est très clairement détaillé dans un rapport publié par la Drees en juillet 2020². Ce rapport, qui propose des pistes intéressantes pour développer des travaux de recherche et de surveillance pour mieux prendre en compte les inégalités sociales face à la Covid-19, met néanmoins en lumière le manque de données françaises, qui s'explique largement par l'absence de données sociales collectées en routine dans le système de soins (notamment dans les dossiers médicaux), dans les données de surveillance ou dans les bases de données médico-administratives.

Deux grands types d'approche pour étudier les inégalités sociales face à la Covid-19 en France

La première approche consiste à mener des analyses à partir des données collectées en routine

Ces bases correspondent aux données des certificats de décès, aux données de remboursement du Système national des données de santé (SNDS), ou encore aux bases de données spécifiquement créées ou mobilisées pour faire face à l'épidémie de Covid-19, comme les bases Sidep (Système d'information de dépistage), Sivic (Système d'information pour le suivi des victimes), Oscour (Organisation de la surveillance coordonnées des urgences), SOS médecins, ESMS (établissements et services médico-sociaux incluant les Ehpad) et la surveillance des cas graves en réanimation.

Ces données ont l'avantage d'être collectées en temps réel et donc d'être rapidement mobilisables pour éclairer les politiques au plus près de l'évolution de l'épidémie. Elles ont néanmoins un inconvénient majeur pour prendre en compte les inégalités sociales de santé car elles ne contiennent pas, en dehors du statut bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) dans Oscour et le SNDS, d'informations sociales individuelles. Elles disposent cependant d'informations de géolocalisation des patients : l'adresse dans le SNDS et Sidep, la commune ou le code postal dans Oscour et SOS médecins, et le département pour les autres. Le géocodage des adresses de résidence peut permettre d'assigner à chaque individu une information socio-économique calculée à partir des caractéristiques de son territoire de résidence. Cette information socio-

économique fait classiquement référence à des indices écologiques de défavorisation (lire p. 13).

Des projets proposent ainsi d'utiliser les données Sidep, Sivic et Oscour pour pouvoir caractériser l'existence d'inégalités sociales face à l'infection par la Covid-19, en utilisant l'adresse, comme le projet Epidemic.

Pour autant, l'exploitation de ces bases de données doit faire face à des contraintes techniques (volumétrie des données), qualitatives (contrôle qualité permanent) et réglementaires (Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé [CeGrees] et Cnil). L'ensemble de ce processus peut ainsi conduire à des délais trop longs pour permettre de répondre de manière optimale aux enjeux que pose cette épidémie et sa gestion. Ainsi, à ce jour, ces données n'ont toujours pas pu être exploitées pour caractériser les inégalités sociales de santé face au risque d'infection par la Covid-19.

Un rapport de l'ORS Île-de-France portant sur la mortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens³ (lire p. 42) rappelait également qu'il était très difficile de déterminer l'ampleur des inégalités sociales de mortalité du fait du manque de données disponibles. Ce rapport soulignait l'urgence à disposer plus largement du lieu de résidence des personnes décédées de la Covid-19 ainsi que des personnes hospitalisées et/ou en réanimation pour formes graves.

La seconde approche est de développer une collecte de données de novo, ou à partir de cohortes de patients

En ce qui concerne le risque face à l'infection et la prise en charge, la cohorte French Covid a été mise en place au niveau national fin janvier 2020 pour étudier les formes de la maladie nécessitant une hospitalisation, au regard de plusieurs caractéristiques, dont la position sociale. À ce jour les résultats ne sont pas encore disponibles. Au niveau de la population générale a été lancée en avril 2020 l'étude Sapris (Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise Covid-19), construite à partir de quatre grandes cohortes préexistantes (Constances, Elfe-Epipage2, E3N-E4N, Nutrinet-Santé), et, en mai 2020 l'étude Epicov, construite à partir d'un échantillon représentatif de la population vivant en France et dont un sous-échantillon a réalisé un test sérologique⁴. Les objectifs de ces deux études étaient de connaître le statut immunitaire de la population, d'en connaître ses déterminants notamment sociaux, et d'étudier les enjeux sociaux de l'épidémie de Covid-19 et du confinement. Les premiers résultats, publiés en octobre 2020, confirment que le risque d'infection est socialement distribué, plus élevé aux extrêmes de la

2. « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 ». Les Dossiers de la Drees, juillet 2020, 62.

3. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-surmortalite-durant-lepidemie-de-covid-19-dans-les-departements-franciliens.html>

4. <https://santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/enquetes-epicov-et-sapris-quels-sont-les-enjeux-biologiques>

position sociale, tout comme l'impact du confinement [2, 71]. Ces données, bien qu'extrêmement utiles, présentent néanmoins les limites d'un manque de représentativité pour les données issues de cohorte ou d'un risque d'erreur de mesure pour le statut Covid, qui peut être autodéclaré (étude Sapris). Mais surtout ces résultats sont disponibles plusieurs mois après le début de l'épidémie, et n'ont donc pas pu éclairer les décisions politiques lors de la première vague épidémique et du confinement, même s'ils restent pertinents pour s'adapter aux prochaines vagues.

Au niveau local, des études ciblées ont permis de quantifier l'impact de la contamination dans des populations vivant en grande promiscuité. C'est le cas de l'étude de séroprévalence menées dans les centres d'hébergement à Marseille et en Île-de-France, qui montre parfois plus de 90 % de personnes contaminées selon les centres.

Une autre étude de séroprévalence [68], menée dans des quartiers défavorisés de la ville de Perpignan (étude SCoPe), a montré que près de 35 % des personnes (14 % à 47 % selon les quartiers) avaient été contaminées lors de la première vague. Ces forts niveaux de contamination par rapport à la population générale confortent l'existence d'un risque d'infection plus important dans les populations sans domicile fixe ou dans des quartiers pauvres. Ils suggèrent l'existence de facteurs de risques répartis différemment (densité de population, mesures d'hygiène, type de logement).

En ce qui concerne l'impact du confinement, l'enquête CoviPrev a été mise en place pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale des Français. L'étude s'appuie sur deux échantillons représentatifs (2 000 personnes de 18 à 64 ans) interrogés de façon répétée (fin juin et à l'automne 2020), ainsi que sur la participation spontanée de personnes à partir des réseaux sociaux jusqu'à la fin de l'année 2020. Elle a apporté rapidement des premiers résultats intégrant des indicateurs socio-démographiques⁵.

L'étude Coconel, lancée depuis mars 2020 auprès d'échantillons répétés de 1 000 personnes environ, vise également à suivre plus spécifiquement la réponse psychologique, émotionnelle et comportementale de la population française à l'épidémie de Covid-19 et au confinement. La qualité du sommeil et la détresse psychologique durant le confinement ont montré une différenciation selon le statut socio-économique⁶.

À cela s'ajoutent des études *via* internet sur des populations moins représentatives, comme l'étude Confeado, qui interroge la santé mentale des enfants

et adolescents âgés de 9 à 16 ans pendant le confinement en fonction de leurs conditions de vie.

Enfin, des études longitudinales déjà en cours ont inclus cette dimension, par exemple la cohorte Tempo, qui a interrogé les changements vécus en termes de santé et d'habitudes de vie pendant le confinement parmi une cohorte de jeunes adultes.

Que pourrait-on faire de mieux ?

Les études *ad hoc* récupérant des informations sociales à l'échelle de l'individu, les principales améliorations portent sur l'exploitation des bases de données médico-administratives et sur l'évolution des systèmes de surveillance.

Sur le premier point, la meilleure option serait d'être en mesure de croiser à l'échelle individuelle les bases médico-administratives, qui contiennent des données de remboursement de soins et d'actes médicaux, avec des bases de données sociales de l'Insee, qui contiennent des données sociales variées. Le NIR (numéro d'inscription au répertoire), qui est présent dans ces bases, pourrait permettre ce croisement. La création par la Drees de l'EDP-Santé s'inscrit dans cette logique, comme la création de la Plateforme des données de santé (PDS), appelée Health Data Hub en novembre 2019 (cf. article Dispositif statistique permettant la mesure et l'étude des inégalités sociales de santé : où en est-on en 2021 ? Auteurs : Walid Ghosn, Grégoire Rey). Des initiatives basées sur le croisement de données sur la Covid-19 avec des données sociales sont en cours. Le projet ANR DcCOV, porté par l'Inserm et Santé publique France, a pour objectif l'étude de la dynamique temporelle et spatiale de la mortalité selon l'âge, le sexe, le lieu de décès, le statut matrimonial, le pays de naissance, le département et le niveau socio-économique du lieu de domicile. Ces données, non disponibles directement, nécessitent un temps de mobilisation et d'appariement important.

Sur le second point, l'évolution serait de pouvoir inclure des variables sociales (niveau d'éducation, profession et catégorie socioprofessionnelle, lieu de résidence et de travail, pays de naissance, etc.) dans les systèmes de surveillance. C'est le cas pour la surveillance des cas graves de Covid-19, qui intègre depuis la deuxième vague le pays de naissance et la commune de résidence. Cette possibilité reste néanmoins trop largement sous-exploitée à ce jour. La meilleure stratégie à adopter pour faire remonter ces données reste aussi à définir, la charge ne pouvant pas porter sur le corps médical, déjà largement sollicité.

Malgré des initiatives positives, la possibilité de croisement de bases médico-administratives et sociales reste difficile pour des raisons techniques et légales notamment. Sur la question légale, la Cnil permet le croisement de données de santé avec des données sociales dans le cadre de la recherche, conditionné à des garanties de respect de la vie privée, d'anonymisation, de sécurité de stockage et d'analyse des données qui

5. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie#block-249162>

6. <https://www.ehesp.fr/2020/04/08/etude-coconel-un-consortium-de-chercheurs-analyse-le-ressenti-et-le-comportement-des-francais-face-a-lepidemie-de-covid-19-et-au-confinement/>



peuvent conduire à des délais d'accès parfois très longs. La question technique est plus complexe :

- i. du côté des données de santé, les données hospitalières sont stockées dans plusieurs systèmes, non interopérables, pas toujours ouverts au partage ;
- ii. du côté des données sociales disponibles (via l'Insee notamment), des contraintes existent aussi vis-à-vis de l'accessibilité à des données sociales individuelles, pour des raisons de secret statistique notamment (défini par la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques) mais aussi de culture du partage.

Conclusion

Ce rapide état des lieux sur la question des données statistiques pour étudier le lien entre la Covid-19 et les inégalités sociales de santé met en évidence des données d'enquêtes *ad hoc* mais aussi des difficultés de croisement entre les données médico-administratives et socio-économiques. Les résultats d'enquêtes *ad hoc* révèlent l'existence d'inégalités sociales face à l'épidémie et aux mesures de confinement prises pour la contrôler. Ces résultats sont néanmoins relativement longs à obtenir pour pouvoir adapter rapi-

dement les mesures de gestion. À l'inverse de celle des données d'enquêtes, l'utilisation des données médico-administratives devrait permettre de répondre plus rapidement à certaines questions que posent l'épidémie et son impact notamment en termes d'inégalités sociales. Elles présentent par ailleurs un intérêt particulier pour les analyses locorégionales de par leur puissance statistique et leur représentativité à un niveau géographique fin. Leur utilisation pour l'étude du lien entre inégalités sociales de santé et Covid-19 nécessite un croisement de bases médico-administratives, mais aussi cliniques, avec des bases sociales et économiques. Cela nécessite également un accès et un partage facilités et simplifiés de ces données à la communauté des chercheurs, des agences et des organismes qui peuvent éclairer la décision publique. Les données de santé et les données sociales sont à ce jour encore trop cloisonnées. Il devient urgent de faciliter le croisement de données variées, et de rendre plus systématique le partage de données collectées par des fonds publics. Cette volonté de croisement doit s'inscrire dans une réflexion stratégique nationale, et sa mise en œuvre pourrait être facilitée par l'adoption de textes réglementaires spécifiques. ●

Travail exposé, travail protégé : un facteur dynamique d'inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19

Émilie Counil

Institut national
d'études
démographiques
(Ined), Iris, EHESS,
CNRS (UMR 8156),
Inserm (U 997)

En l'absence de mention de la profession sur les certificats de décès français, c'est l'observation d'inégalités de mortalité par Covid-19 entre les territoires qui a pointé le rôle probable de l'exposition en milieu professionnel, à côté des conditions de logement [10]. Les adultes d'âge actif représentent en effet entre 35 % et 40 % des personnes ayant été hospitalisées pour Covid-19 depuis le 1^{er} mars 2020, et une proportion importante de cas groupés sont survenus en entreprise depuis la fin du premier confinement, ainsi qu'en établissements médicaux et sociaux (dont les Ehpad) et dans les milieux scolaires et universitaires ; ces contextes professionnels impliquent des contacts réguliers avec des usagers, patients, étudiants, ou clients. Le milieu professionnel est indéniablement un des vecteurs de l'exposition au virus. Et, de plus, un vecteur d'inégalités.

« Premiers de corvée », « travailleurs au front », « premières lignes », « engagés de la Covid » : nombreuses ont été les expressions pour désigner les personnes qui ont dû continuer à se rendre sur leur lieu de travail

pendant le premier pic épidémique, parfois au contact direct et quotidien du virus, exerçant pour beaucoup une profession dite « essentielle ». Dans le même temps, de nombreuses professions voyaient leurs conditions d'exercice modifiées. Pour certaines, la mise en place du télétravail partiel ou total a pu se faire très tôt au cours du premier confinement ; pour d'autres, les mesures temporaires de chômage technique ont permis une mise à l'abri tant vis-à-vis du virus que des risques de perte d'emploi à court terme. Pour d'autres encore, l'année 2020 aura été marquée par des va-et-vient entre le lieu de travail habituel et le domicile, avec des périodes de chômage technique, voire de chômage tout court.

L'épidémie est en effet mouvante dans le temps et dans l'espace, de même que les mesures collectives de prévention décidées au niveau de l'État, des villes et des entreprises. Saisir les évolutions récentes des configurations d'emploi et des organisations du travail constitue dès lors un enjeu majeur dans la compréhension du gradient social d'infection par le virus responsable de la Covid-19. Bien que certaines catégories

de travailleurs soient plus difficiles à décrire, du fait de relations d'emploi dites atypiques (travailleurs des plateformes, autoentrepreneurs, intérimaires) et/ou de faibles effectifs (conducteurs livreurs, coursiers salariés), plusieurs enquêtes nous permettent d'esquisser un tableau dynamique des inégalités entre travail exposé et travail protégé depuis le début de l'épidémie (lire l'encadré et la figure 1).

Une situation préconfinement d'ores et déjà inégalitaire

En début d'épidémie, certaines professions ont rapidement été pointées comme particulièrement exposées au risque de contamination, mais cette liste s'est depuis allongée. Il s'agit bien sûr des emplois directement au contact de personnes infectées (soignants, pompiers, secouristes), et de ceux manipulant des déchets et matières parfois contaminés (agents de propreté, certains métiers du funéraire). Il s'agit également des activités professionnelles imposant des contacts étroits avec

le public ou avec les collègues (dont les enseignants, formateurs et professionnels de l'action sportive et culturelle).

En tenant compte des contacts en face-à-face et de la présence d'agents infectieux rapportés dans l'enquête CT-2013 (voir l'encadré ci-contre), on estime que plus de 10 millions de personnes cumulaient au moins deux facteurs d'exposition au coronavirus dans leur travail habituel avant le premier confinement. Ces expositions sont inégalement réparties entre catégories socioprofessionnelles (figure 1) – les professions intermédiaires et les employés non qualifiés étant particulièrement concernés – et se concentrent dans une trentaine de familles professionnelles.

Deux ou trois facteurs d'exposition sont pris en compte : le contact direct avec le public, les contacts avec les collègues et/ou avec des agents infectieux.

Autre information intéressante, et attendue au regard de la féminisation de nombre de ces professions, on note une nette surreprésentation des femmes (plus de

Le grand puzzle des enquêtes sur le travail en temps de Covid-19

À défaut d'un système permanent et universel de surveillance des conditions de travail et des expositions professionnelles en France, nous devons nous appuyer sur un ensemble hétérogène de dispositifs d'enquête issus de la statistique publique et de la recherche académique. Cet article rend compte des principales informations apportées par le grand puzzle des enquêtes conduites avant, pendant et depuis la fin du premier confinement (dit « acte 1 », appliqué du 17 mars au 11 mai 2020) jusqu'à la fin 2020. Parmi ces enquêtes, les principales sont :

- l'enquête périodique Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels), Dares, ministère du Travail (2017), réalisée auprès de 26 500 personnes en emploi représentatives de 23 millions de salariés des secteurs public et privé, à l'exclusion des travailleurs indépendants ;
- l'enquête périodique CT (Conditions de travail), Dares, ministère du Travail (2013), réalisée auprès de 34 000 personnes en emploi représentatives de 26 millions de salariés des secteurs public et privé, et des travailleurs indépendants ;

- l'enquête périodique Acemo-Covid (Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre pendant la crise sanitaire Covid-19), Dares, ministère du Travail, réalisée lors de la première vague (1^{er} au 10 avril 2020) auprès de 38 000 établissements parmi les entreprises de 10 salariés ou plus, couvrant 15 millions de salariés du secteur privé ;

- l'enquête ponctuelle Coconel (Coronavirus et confinement, enquête longitudinale sur le logement et les conditions de vie), Ined, réalisée du 30 avril au 4 mai 2020 auprès de 2 003 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus ;

- l'enquête longitudinale EpiCoV (Épidémiologie et conditions de vie), Inserm, Drees, lancée début mai 2020 (première collecte du 2 mai au 2 juin 2020) auprès de 135 000 personnes âgées de 15 ans et plus représentatives de la population de France métropolitaine, de la Martinique, de la Guadeloupe et de La Réunion. Un test Elisa, couramment appelé test de séroprévalence, et indicatif non pas d'une infection en cours mais du développement de défenses immunitaires contre une

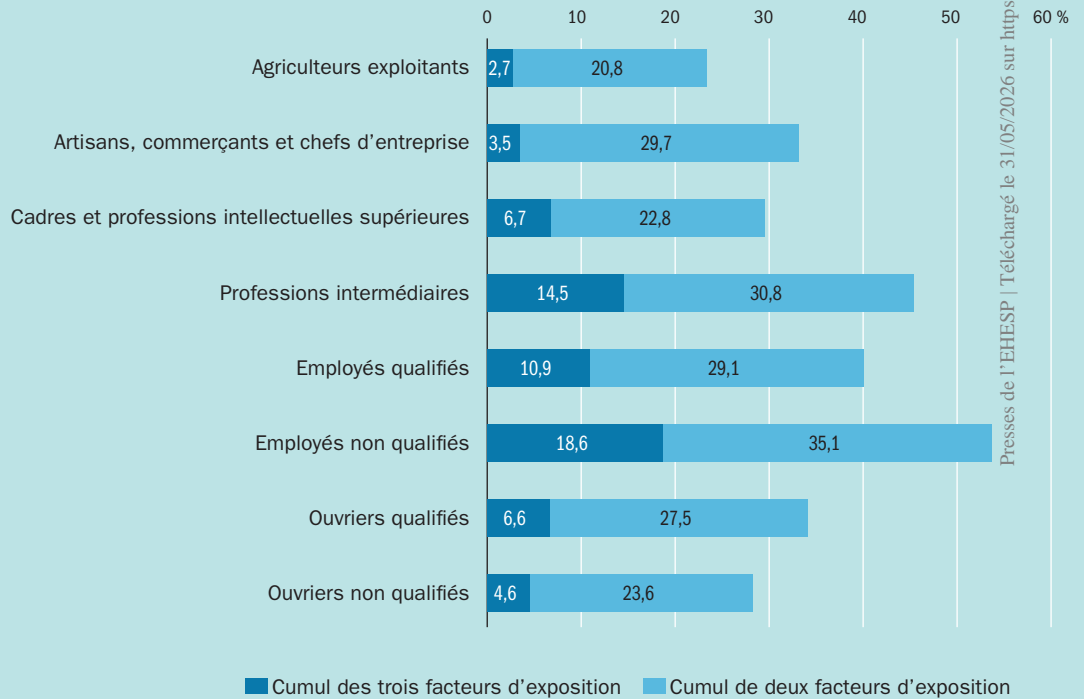
infection possiblement passée, a été réalisé sur un sous-échantillon de 12 000 personnes environ à partir d'un autoprélèvement effectué entre le 13 mai et le 1^{er} juillet 2020. Une deuxième vague d'enquête a eu lieu fin 2020.

À ces enquêtes en population « générale », il faut ajouter des dispositifs pérennes de surveillance des travailleurs agricoles (Coset-MSA) et des indépendants (Coset-Indépendants), mis en place par Santé publique France, dont les participants ont reçu des questionnaires relatifs aux changements survenus dans le travail dès la première phase de l'épidémie. Enfin, plusieurs cohortes basées sur des échantillons sélectionnés de population ont également recueilli des informations depuis le début de l'épidémie dans le cadre du projet Sapris (Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise Covid-19). C'est le cas de la cohorte Constances, suivie par l'Inserm, qui comporte de riches informations sur les inégalités de parcours et d'expositions à des risques professionnels au cours de la vie. ●



figure 1

Proportion de personnes cumulant des facteurs d'exposition au coronavirus dans le cadre du travail habituel avant le confinement, regroupées par catégorie socioprofessionnelle



Source : d'après le Ministère du Travail (enquête Conditions de travail 2013). Les facteurs d'exposition pris en compte sont le contact direct avec le public, avec les collègues et/ou avec des agents infectieux. L'enquête couvre 26 millions de travailleurs, salariés des secteurs privé et public, et indépendants. Exploitation Ined.

70 %) parmi les personnes potentiellement très exposées, appartenant aux familles professionnelles se situant dans le quartile inférieur des salaires (c'est-à-dire au plus 1 350 euros net par mois). C'est particulièrement le cas pour les aides à domicile et aides ménagères, les caissières et employées de libre-service, les vendeuses, les agents d'entretien et les assistantes maternelles ; mais aussi, dans les revenus intermédiaires, pour les aides-soignantes, les infirmières et les sages-femmes, les professions paramédicales, les professionnelles de l'action sociale et les employées de la banque et des assurances. Les femmes représentaient en revanche 40 % des personnes potentiellement très exposées dans le quartile supérieur des salaires (au moins 2 750 euros). Parmi les professions masculines, on relève les travailleurs agricoles et manutentionnaires (bas salaires), les chauffeurs-livreurs, ouvriers du BTP, agents de gardiennage et de sécurité, ouvriers des industries de process et autres catégories d'ouvriers qualifiés (salaires intermédiaires), et enfin les cadres commerciaux et technico-commerciaux et dirigeants d'entreprises (salaires élevés).

Une accentuation probable des inégalités durant le confinement (acte 1)

Les professions de santé et plus largement du soin à la personne, très féminisées, sont évidemment les plus fortement et durablement exposées au virus au cours de cette épidémie. Et davantage encore pendant le premier pic épidémique, donc durant le confinement même, souvent sans protection adéquate, alors que les horaires se faisaient plus longs pour faire face à l'afflux des patients atteints de formes graves et à la pénurie de main-d'œuvre. Ces professions ont été particulièrement touchées, comme le montre la première vague de l'enquête EpiCoV (lire p. 39). La proportion de résultats positifs au test de séroprévalence s'élevait en effet à 11,4 % parmi les professions essentielles du domaine du soin, contre 4,5 % dans l'échantillon global, à la fin mai [71].

De nombreuses autres activités ont été maintenues pendant le confinement, parce qu'elles participaient à des secteurs économiques considérés comme essentiels à la survie matérielle de la population. Or pour beaucoup, le travail ne pouvait être fait à distance.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

À titre d'exemples, on peut citer : la production et la distribution d'eau, d'électricité, de médicaments, de denrées alimentaires et d'autres produits de première nécessité ; le ramassage et le traitement des déchets ; le nettoyage des entreprises et des espaces publics ; ou les fonctions régaliennes de l'État. Pour des raisons économiques, d'autres travailleurs n'ont eu d'autre choix que de poursuivre leur activité au contact du public, tels les travailleurs précaires dépendant des plateformes de services en ligne (coursiers, livreurs, chauffeurs VTC).

À l'inverse, dans les établissements touchés par une obligation de fermeture – restauration et hôtellerie, tourisme, culture et sport, commerces « non essentiels » de l'habillement, du livre, de la coiffure –, nombre de salariés ont bénéficié des mesures de chômage partiel, et pour les indépendants, des aides financières de l'État. Cette mise à l'écart temporaire de l'activité professionnelle, si elle a occasionné à court terme une perte inégale de revenus, et la fragilisation de l'emploi à moyen terme, autorisait le respect strict des mesures collectives de confinement. Cette mise à l'écart du virus a davantage concerné les ouvriers que les autres catégories socioprofessionnelles, selon l'enquête EpiCoV [2].

Les disparités les plus marquées se situent toutefois du côté de la possibilité d'exercer l'activité à distance, en télétravail. Ainsi, si près de 50 % des cadres ont pu bénéficier du télétravail total pendant le confinement, cette proportion tombait sans surprise à 7,5 % chez les employés peu qualifiés, et à moins de 1 % chez les ouvriers non qualifiés. À l'inverse, le travail en extérieur (hors de chez soi) était la modalité unique d'organisation du travail pour 41,4 % des employés peu qualifiés, et pour 15,4 % seulement des cadres [2].

De fortes disparités au sein même du travail exposé et du travail protégé

Face aux inégalités socioprofessionnelles d'accès au travail en distanciel et au chômage partiel, il faut garder en tête que ces catégories très larges (les catégories socioprofessionnelles) masquent elles-mêmes de fortes disparités. Ainsi, dans les abattoirs, qui ont poursuivi leur activité « sur site » et dont les salariés sont largement des ouvriers, le travail en milieu fermé, avec peu de distances entre collègues, favorise la transmission du virus, comme l'ont montré les différents *clusters* répertoriés en France et à l'étranger.

En outre, les entreprises ont eu beaucoup de difficultés à fournir les équipements de protection individuelle adéquats, et en particulier les masques, qui faisaient défaut même aux soignants pendant une bonne partie de ce premier pic épidémique. L'enquête flash de la Dares (voir l'encadré) indiquait ainsi qu'à la fin mars, plus de 40 % de salariés du privé n'avaient pas de masque. Dans un contexte d'état d'urgence limitant les possibilités d'intervention des comités sociaux et

économiques (CSE, successeurs des anciens CHSCT), on conçoit que d'autres formes d'inégalités soient intervenues, en fonction du pouvoir de négociation des salariés, de la possibilité d'exercer leur droit de retrait, voire de faire intervenir l'Inspection du travail ou d'avoir recours à la justice, lorsque l'obligation de sécurité n'était pas remplie par l'employeur. L'expérience parfois négative du travail « sur site » et du défaut des mesures de prévention a probablement été exacerbée dans les régions où la circulation du virus était active. De même que celle de devoir prendre les transports en commun pour aller travailler. Avec en toile de fond la peur de rapporter le virus à la maison et de contaminer ses proches, en particulier en cas de cohabitation avec une personne vulnérable, au sein des ménages intergénérationnels.

Enfin, notre propos mériterait d'être complété par une discussion des difficultés à exercer le travail à distance qu'éprouve une partie des salariés. D'abord du fait de l'éloignement physique de nos collègues et de certains de nos outils de travail, il redéfinit notre rapport au travail. Ensuite, selon les aménagements consentis par l'employeur, selon les conditions de logement (cohabitation avec d'autres télétravailleurs, possibilité de s'isoler) et les conditions de vie (présence d'enfants, répartition des tâches domestiques entre conjoints), il est de nature à bousculer l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle. Il peut nuire aux relations au sein de la famille, comme l'a montré l'enquête Coconel [45] (lire l'encadré p. 39).

Sur un tout autre plan encore, plus de la moitié des personnes qui sont passées au chômage partiel complet rapporte une dégradation de leur situation financière dans l'enquête EpiCoV [2]. Cette crise est bien aussi une crise du travail. Les effets de ces transformations contemporaines sur les inégalités de bien-être et de santé sont donc loin d'être épuisés par la seule question de l'exposition au risque de contracter la maladie.

Entre déconfinement à plusieurs vitesses et reconfinement partiel : une vision brouillée

S'il était déjà difficile de suivre les évolutions du travail et de ses conditions pendant le premier confinement, il est devenu impossible de saisir pleinement ce qui a changé depuis, et pour qui. Hormis quelques certitudes – la majorité des enseignants de maternelle, du primaire et du secondaire a exercé son activité à distance durant le confinement, mais est désormais de retour en classe – les mesures collectives décidées par l'État ont été à géométrie variable, dans leur contenu comme dans leur application. Non seulement d'une phase à l'autre du déconfinement, mais aussi d'un secteur d'activité à l'autre, et encore d'une entreprise à l'autre. En pleine nouvelle vague épidémique et alors que la France se reconfinait fin octobre 2020, le télétravail était réputé obligatoire pour « tous ceux qui avaient des tâches télétravaillables » ; une recommandation sans portée juridique contraignante pour



les employeurs. Ces derniers seraient d'ailleurs nombreux à proposer, parfois imposer, un mélange entre télétravail et présence sur site. Outre ces dispositions générales, les possibilités de se protéger pour les personnes dites « vulnérables » (en raison de leur âge ou de leurs pathologies) ont aussi changé. Au mois de juin 2020, on estimait que 2,8 millions de salariés seraient éligibles au dispositif d'activité partielle du fait de leur état de santé, majoritairement des employés et des ouvriers [42]. Or une révision du décret survenue fin août a considérablement réduit le champ des personnes vulnérables ; pour exemple, le diabète et l'obésité sont désormais pris en compte uniquement pour les plus de 65 ans, et les maladies respiratoires, les antécédents cardiaques et vasculaires sont exclus.

Bien entendu, l'inégal accès au travail protégé en temps de crise sanitaire n'explique pas à lui seul les disparités socioprofessionnelles de contamination à la Covid-19 parmi les adultes en âge de travailler, et au-delà. Il s'articule et se cumule avec d'autres formes d'inégalités, dans les conditions de logement et de vie [2], mais aussi face aux vulnérabilités de

santé et à l'accessibilité des soins. Ainsi, si les immigrés d'origine non européenne présentent la séroprévalence la plus élevée (9,4 % à la fin mai, plus de deux fois la séroprévalence chez les non-immigrés), ce désavantage semble s'expliquer par leurs conditions de logement et de vie, et sans doute dans une moindre mesure, par leur faible accès au télétravail, dans un contexte de recours plus fréquent au chômage technique ou partiel et de plus forte inactivité comparativement aux non-immigrés [2, 71]. Seules des informations détaillées sur le type de profession exercée permettront néanmoins de démêler le rôle des activités essentielles, plus fortement exposées. Cet exemple montre bien que pour saisir la place spécifique et centrale du travail, il nous faut réinscrire la division du travail exposé et du travail protégé dans les rapports sociaux de sexe, d'origine et de classe, qui structurent durablement notre société. Et donc, disposer de données de santé robustes et longitudinales articulant, sur le temps long, caractéristiques sociodémographiques – dont l'origine, encore trop difficile à documenter en France –, conditions de vie et conditions de travail. ●

La surmortalité durant la première vague de l'épidémie de Covid-19 en Île-de-France au regard des fragilités des territoires

Isabelle Grémy
Observatoire régional
de santé (ORS)
Île-de-France

Très rapidement après le début de la pandémie de Covid-19, de fortes inégalités sociales de diffusion du virus ont été mises en évidence. Ainsi différentes études ont montré que les quartiers défavorisés de Stockholm, en Suède, avaient connu trois fois plus de cas que la moyenne municipale, et qu'aux États-Unis l'épidémie semblait frapper de manière démesurée la population noire. En France, la Seine-Saint-Denis, département le plus pauvre de métropole, semblait particulièrement touché selon les chiffres provisoires fournis par l'Insee dès le début avril. Dans ce contexte, l'observatoire régional de santé d'Île de France a conduit une analyse détaillée dans la région Île-de-France de la surmortalité durant la première vague de l'épidémie à des niveaux géographiques fins, des communautés de communes et lorsque cela était possible à l'échelle communale. Cette surmortalité différentielle des territoires a ensuite été confrontée d'une part aux déterminants socio-économiques de ces mêmes territoires, et d'autre part aux catégories de populations résidant dans ces territoires les plus exposées au virus ainsi qu'à celles les plus suscep-

tibles de développer des formes graves de Covid-19. Ces travaux ont été publiés dans deux rapports¹, dont nous présentons ici les principaux résultats.

Éléments de méthode et sources utilisées

La mortalité a été étudiée sur les mois de mars et avril 2020 et a été mise en regard du nombre moyen de décès observés en mars et avril dans les communes et intercommunalités franciliennes entre 2015 et 2019, ce qui permet de disposer d'une référence plus stable que si l'on n'avait retenu qu'une seule année de comparaison. Il s'agit de l'ensemble des décès sans distinction de causes, les causes médicales de décès étant à ce moment indisponibles. Nous avons considéré les décès dits « domiciliés », c'est-à-dire comptabilisés au lieu de résidence et non au lieu de décès, ce dernier pouvant survenir dans un établissement hospitalier plus ou moins éloigné du lieu de résidence. Compte tenu des

1. « La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens ». 7 mai 2020. « La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les communes et intercommunalités franciliennes ». 30 juin 2020. <https://www.ors-idf.org/>

profils par âge différenciés entre les espaces franciliens et du fait que l'épidémie touche plus les personnes les plus âgées, les taux de mortalité ont été standardisés sur l'âge pour s'affranchir des différentiels de structure par âge entre territoires.

Une surmortalité particulièrement marquée dans certains territoires...

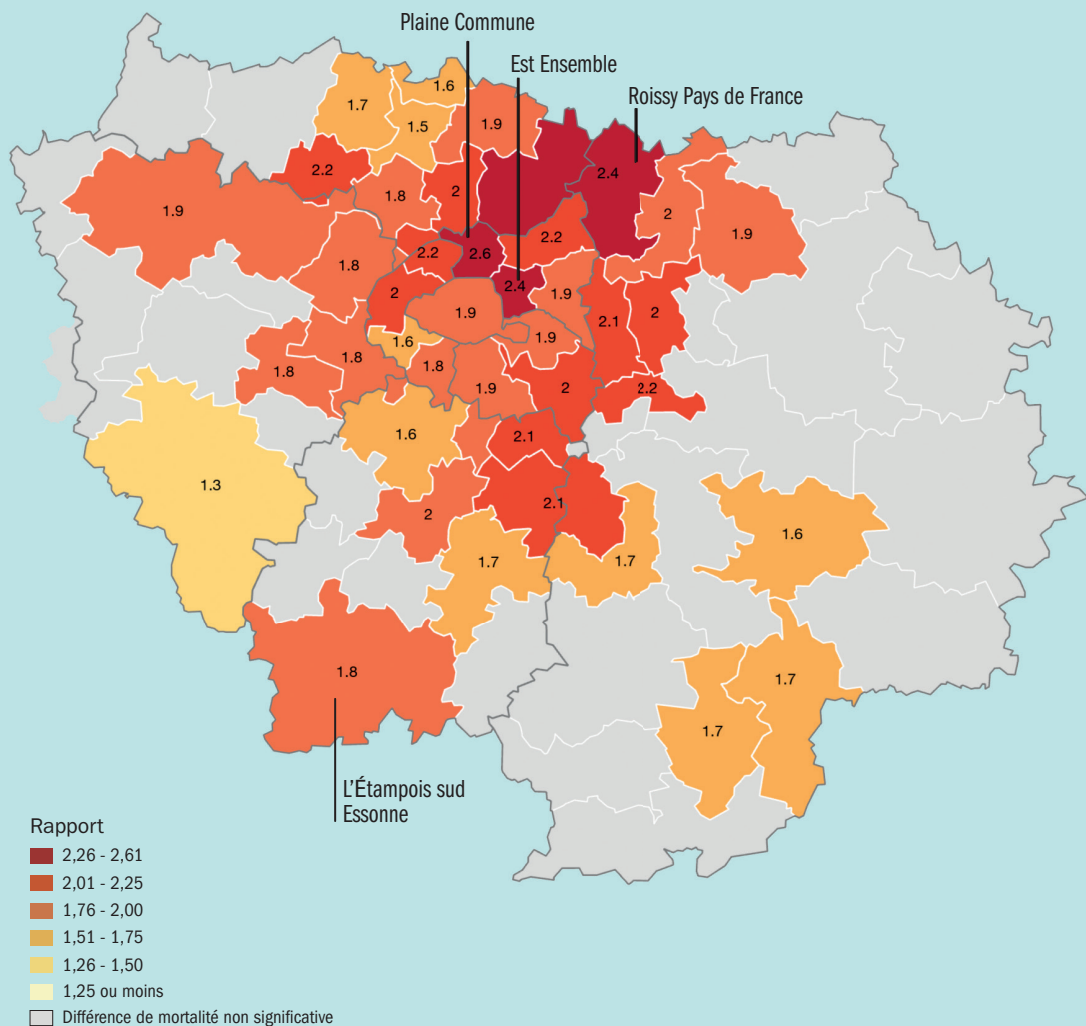
Dans la très grande majorité des communes et intercommunalités franciliennes, le nombre de décès comptabilisés en mars et avril 2020 a été supérieur à celui comptabilisé en moyenne à la même période entre 2015 et 2019.

Par rapport aux années précédentes, on constate une mortalité 2,6 fois supérieure sur l'intercommunalité Plaine Commune. Il en est de même dans certaines communes, par exemple celle de Savigny-le-Temple (centre-est de la Seine-et-Marne), où la mortalité a été multipliée par 4,3, celle de Grigny (Essonne), où la mortalité a été multipliée par 3,7 ou encore celle de Torcy (nord-est de la Seine-et-Marne), où la mortalité a été multipliée par 3,4.

La figure 1 présente la différence de mortalité observée entre 2020 et les années précédentes. Les zones en grisé sont celles qui ne présentent pas de surmortalité statistiquement significative (parfois du fait de trop

figure 1

Rapport entre les taux standardisés de mortalité de mars à avril 2020 et ceux calculés en moyenne annuelle sur la mortalité 2015-2019, par intercommunalité en Île-de-France



Source : ORS Île-de-France.



faibles effectifs) et les zones colorées en jaune, orange et rouge sont celles pour lesquelles la surmortalité est statistiquement significative.

Il en ressort qu'un certain nombre d'intercommunalités franciliennes n'ont pas connu de surmortalité ou n'ont connu qu'une surmortalité très modérée pendant cette période d'épidémie. Il s'agit principalement d'intercommunalités situées dans les secteurs les plus ruraux de la région. L'intercommunalité de l'Étampois-Sud-Essonnes semble se démarquer des autres intercommunalités des franges régionales par une surmortalité bien plus marquée (mortalité 1,8 fois supérieure au niveau annuel moyen de mortalité observé entre 2015 et 2019). Il en va de même, pour l'intercommunalité Carnelle-Pays-de-France, dans le Val-d'Oise, et pour les intercommunalités Pays-de-Meaux et Plaines-et-Monts-de-France, dans le nord de la Seine-et-Marne, qui ont connu en 2020 une mortalité 1,9 à 2 fois supérieure à celle observée en moyenne les années précédentes.

Face à cette surmortalité particulièrement marquée dans les communes et intercommunalités de la Seine-Saint-Denis, de l'est du Val-d'Oise et du nord des Hauts-de-Seine par comparaison aux autres territoires, nous allons maintenant présenter les caractéristiques différentielles des territoires en termes de facteurs sociodémographiques, urbains, sanitaires ou liés à l'emploi qui pourraient expliquer ces inégalités de mortalité. Sans visée analytique ou de mise en évidence de causalités à ce stade, il s'agit de mettre en exergue les disparités locales de certains facteurs potentiels de risques et de fragilité.

... qui concentrent des ménages plus nombreux et plus à l'étroit...

Vivre seul en situation de confinement est un facteur de risque psychosocial fort. Toutefois, vivre nombreux dans un logement peut exacerber les tensions et multiplier la probabilité de transmission du virus du fait de contacts rapprochés, surtout si certains actifs du ménage font partie des travailleurs qui ont poursuivi leur activité professionnelle hors de leur domicile pendant le confinement.

La Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise sont particulièrement concernés par les problématiques liées aux familles nombreuses : respectivement 12,3 % et 11,0 % des ménages y comptent cinq personnes ou plus, contre 4,1 % à Paris ou 6,4 % dans les Hauts-de-Seine notamment. Si on s'attache plus spécifiquement au nombre d'enfants des ménages, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise apparaissent particulièrement concernés, avec respectivement 8,5 % et 7,4 % des ménages comptant au moins trois enfants de moins de 18 ans, contre 5,6 % en moyenne en Île-de-France.

En volume, la surreprésentation en Seine-Saint-Denis des ménages comptant plus de trois enfants est encore plus nette : que l'on considère les ménages ayant au moins trois enfants mineurs ou ceux comptant au moins trois enfants de 11 ans ou moins, le département de

Seine-Saint-Denis est très largement concerné. Par exemple, on décompte près de 30 000 ménages comptant au moins trois enfants de 11 ans ou moins en Seine-Saint-Denis contre moins de 20 000 dans les autres départements.

L'exiguïté des logements est un autre facteur favorisant la transmission du virus. La Seine-Saint-Denis se démarque des autres départements franciliens avec un nombre de pièces et une surface disponible par habitant plus faibles, y compris par rapport à celles de Paris, département pourtant connu pour sa forte concentration de population due aux prix des logements parisiens.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux seuls ménages avec des enfants mineurs, pour lesquels l'exiguïté d'un logement exacerbe les difficultés en période de confinement et les risques de transmission, ce constat est encore plus marqué, notamment en ce qui concerne la surface disponible par personne. Ainsi 25 % des ménages avec des enfants mineurs ont une surface disponible par personne inférieure ou égale à 14 m² en Seine-Saint-Denis, contre 17 ou 18 m² dans les autres départements. En volume, plus de 570 000 personnes vivent dans un ménage comptant moins d'une pièce par personne en Seine-Saint-Denis, contre autour de 470 000 à Paris et moins de 355 000 dans les autres départements.

Au niveau communal, et même infracommunal, ces disparités au sein de la région se confirment. Là encore, outre l'Est Parisien, ce sont principalement les communes de Seine-Saint-Denis, du nord des Hauts-de-Seine et du Sud Valdoisien qui sont particulièrement concernées par un nombre de pièces médian ou une surface moyenne par personne les plus faibles. D'autres éléments comme la densité urbaine, la structure urbaine (présence par exemple d'immeubles d'habitat collectif avec – on le suppose –, en sus de la suroccupation des logements, des parties communes largement fréquentées) ont été étudiés et montrent la fragilité de ces mêmes territoires.

...de nombreux travailleurs clés...

Pendant le confinement, plusieurs millions de travailleurs, appelés « travailleurs clés », ont vu leur emploi maintenu pour des raisons d'intérêt général et d'intérêt économique. Ces travailleurs, parce qu'ils se sont déplacés, beaucoup en transport en commun, mais aussi parce qu'ils sont restés au contact de différents publics, et pour les personnels soignants au contact des malades, ont en toute logique eu plus de probabilité d'être exposés au risque d'infection par la Covid-19.

Parmi ces travailleurs clés, il est intéressant de distinguer les personnes les plus exposées au risque de contamination. Si l'on retient ainsi les personnels de santé, les aides-soignants, les pharmaciens, les ambulanciers, les personnels de la Poste, des forces de l'ordre, des transports publics et des services funéraires,

les pompiers, les personnes travaillant dans la vente de produits alimentaires, les livreurs, les buralistes et les agents de nettoyage, on comptabilise, d'après le recensement de 2016, près de 500 600 travailleurs clés exposés au risque de contamination en Île-de-France, soit 9 % des actifs franciliens. Cette proportion monte à 12 % en Seine-Saint-Denis.

Parmi ces travailleurs clés, il est également intéressant de distinguer les actifs qui sont confrontés à une exposition que l'on pourrait qualifier de « délibérée » des autres². Parmi les actifs dont l'exposition peut être qualifiée de délibérée, on peut compter notamment les agents hospitaliers et les personnels funéraires. Si les médecins hospitaliers résident principalement à Paris, les agents hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers sont particulièrement représentés en Seine-Saint-Denis.

Parmi les actifs dont l'exposition peut être qualifiée de « non délibérée », on peut compter notamment les artisans ou salariés des commerces alimentaires ou des bureaux de tabac, les agents de nettoyage, les facteurs ou les livreurs. Encore une fois, les habitants de Seine-Saint-Denis sont surreprésentés parmi les actifs relevant de ces professions. Par exemple, 25,2 % des agents de nettoyage habitent en Seine-Saint-Denis, contre 14,4 % à Paris et moins de 11,5 % dans les autres départements.

Ces actifs sont par ailleurs d'autant plus exposés qu'ils ont à effectuer des déplacements importants pour se rendre sur leur lieu de travail. Ainsi, 50,6 % des « travailleurs clés » habitent en Seine-Saint-Denis changent de département pour aller travailler, alors qu'ils ne sont 37,0 % en moyenne en Île-de-France.

...et une population à l'état de santé général dégradé

Reflétant en grande partie les disparités sociospatiales franciliennes, l'état de santé général des populations diffère sensiblement d'un territoire à l'autre. Par exemple, on compte, en proportion, plus de personnes, notamment de personnes âgées de plus de 65 ans, traitées pour diabète en Seine-Saint-Denis (25,3 %) et dans le Val-d'Oise (21,1 %) que dans les autres départements franciliens (moins de 19,5 %). Il en va de même des personnes prises en charge pour maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose), avec une population seine-et-marnaise également concernée (11 % à 12 % dans ces trois départements, contre moins de 10 % ailleurs).

2. Exposition délibérée : professionnels exposés au risque de contamination du virus du fait de la nature de leur activité habituelle (par exemple les professionnels de santé et de secours).

Exposition non délibérée : travailleurs exposés à un risque potentiel quand bien même l'activité de leur entreprise n'impliquerait pas normalement d'exposition à des agents biologiques. Cette situation concerne notamment les travailleurs de l'aide à domicile ou des services à la personne, dès lors que leurs tâches impliquent des contacts de moins d'un mètre avec des personnes potentiellement contaminées (toilette, habillage, nourriture). Elle concerne également les personnes travaillant dans les commerces alimentaires.

À un niveau infradépartemental, les territoires de Seine-Saint-Denis, et plus particulièrement le territoire de Seine-Saint-Denis Nord, ainsi que le Val-d'Oise Est connaissent des situations particulièrement défavorables en ce qui concerne le diabète (nombre de personnes en ALD) (figure 2) et les pathologies de l'appareil respiratoire (nombre de personnes en ALD et mortalité). À noter également le contraste d'état de santé entre les différents arrondissements parisiens, avec une situation particulièrement défavorable dans le nord-est et l'est de Paris alors que l'ouest présente une meilleure situation.

Ces différences de santé se répercutent sur la mortalité. Ainsi, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, on observe des situations de surmortalité prématurée (avant 65 ans), notamment dans les communes de l'ouest de la Seine-Saint-Denis, du nord de Paris et des Hauts-de-Seine ou du sud-est du Val-d'Oise.

Conclusion

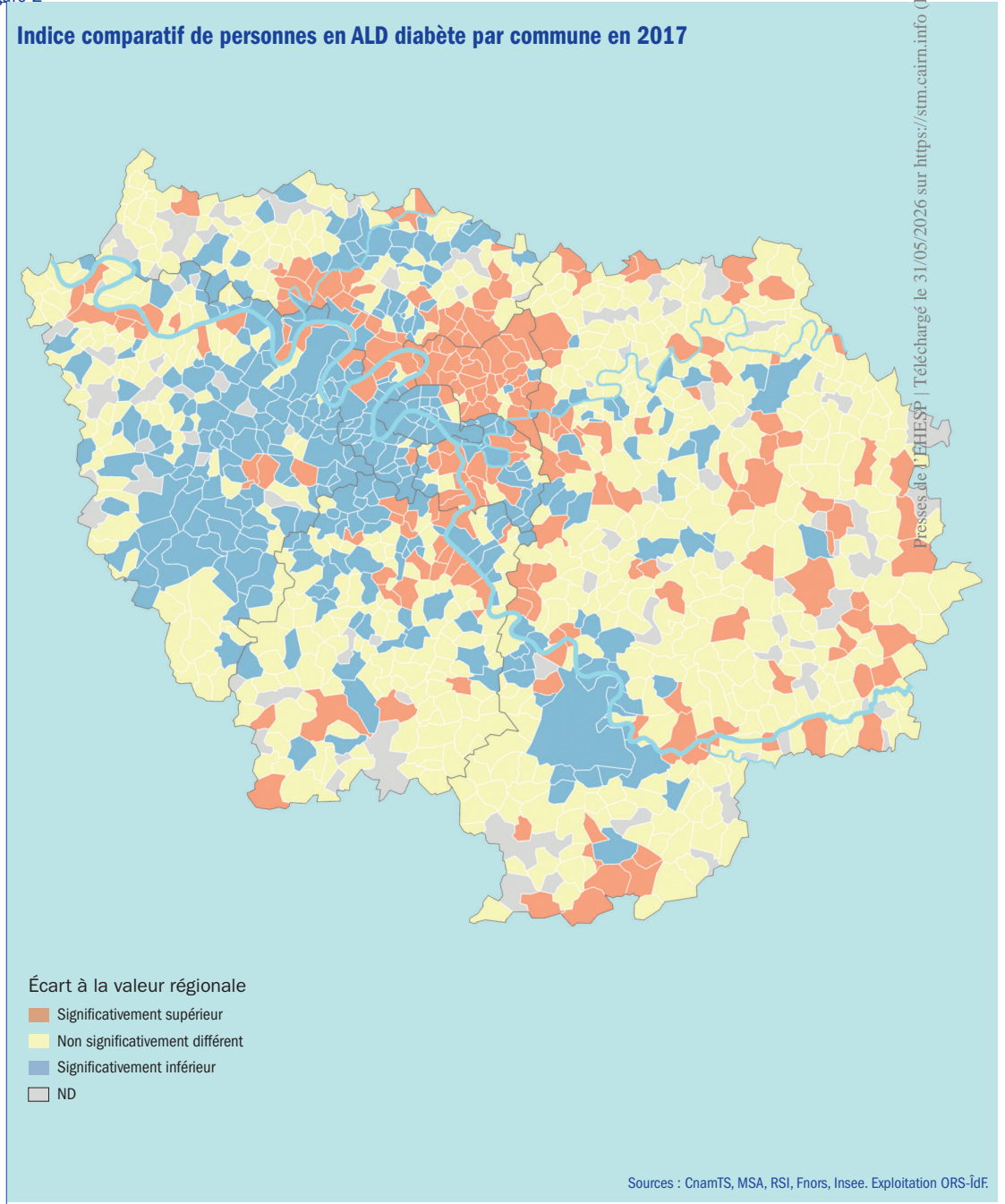
Notre approche écologique ne permet pas de conclure formellement à une relation causale entre territoires défavorisés et mortalité par Covid-19. Mais on ne peut que constater l'étroite correspondance de la carte de surmortalité par Covid-19 des mois de mars et avril 2020 avec :

- la démographie des territoires. Rappelons que le travail a été réalisé sur des taux standardisés. La mortalité par Covid-19 croissant rapidement avec l'âge, il était indispensable de réaliser les analyses à structure d'âge égale. Or ce sont les territoires les plus jeunes présentant des structures familiales particulières (familles nombreuses avec des jeunes enfants chez qui le respect des gestes barrières est difficile à mettre en œuvre) qui présentent les taux de mortalité les plus élevés ;
- des territoires montrant des conditions de logement défavorables. Les logements exigus et suroccupés sont propices à la transmission du virus. Ce type de logements favorise les contacts humains multiples, encore plus en période de confinement ;
- la présence plus importante dans ces territoires des travailleurs clés et essentiels, qui ont assuré la continuité du fonctionnement minimal de la Nation. Parce qu'ils ont été davantage en contact avec les populations ou avec les malades pour les personnels soignants, ils n'ont pas pu, contrairement au reste de la population confinée à domicile, réduire le nombre de leurs contacts, et ont davantage été exposés aux risques d'infection par la Covid-19 ;
- une proportion de travailleurs clés, plus importante qu'ailleurs, qui pour assurer leurs tâches essentielles ont davantage dû se déplacer et se sont trouvés exposés dans les transports en commun ;
- une population dont l'état de santé initial était déjà largement marqué par les inégalités sociales de santé (espérance de vie et espérance de vie sans



figure 2

Indice comparatif de personnes en ALD diabète par commune en 2017



incapacités plus faibles), proportion plus importante de personnes souffrant de maladies chroniques, comme le diabète ou les pathologies de l'appareil respiratoire, dont on sait qu'elles font le lit des formes graves de la Covid-19.

Pour résumer, les populations issues de ces territoires ont davantage de risque d'être exposées au virus, d'être infectées par le virus et de contracter des formes graves de la maladie.

Sans doute, la réalité des inégalités face à la Covid-19 est plus complexe que les quelques éléments cités ici, que ce soit par la diversité des populations touchées, par des inégalités de genre, par des appropriations plus difficiles pour certaines populations de la prévention, ou par des différences dans l'accès aux soins. Mais il est clair que la Covid-19 agit comme un démultiplicateur des inégalités sociales de santé. C'est d'ailleurs le constat de nombreuses études étrangères et françaises. ●

Inégalités sociales de santé à l'heure de la Covid-19 : le cas particulier des enfants

Lors de la crise sanitaire de la Covid-19, les enfants ont été pour l'essentiel à l'écart des aspects infectieux de cette épidémie. Le SARS-Cov2 semble a priori les épargner et ne les atteindre qu'exceptionnellement sous une forme grave. Les enfants semblent présenter des formes pauci-symptomatiques, voire asymptomatiques de l'infection par la Covid-19, et, de façon rarissime, des formes graves (1 % environ chez les 0-15 ans).

Mais les effets d'une pandémie telle que la Covid-19 doivent retenir l'attention au-delà des aspects infectieux, sur un large spectre d'effets pathologiques liés pour les uns au contexte épidémique et pour les autres aux mesures de prévention¹. Au-delà de leur protection vis-à-vis de l'agent infectieux, les enfants sont exposés de façon indirecte à de nombreux problèmes de santé, souvent de façon socialement différenciée. En effet, une crise sanitaire de cette ampleur a un retentissement économique majeur avec pour conséquences d'aggraver la pauvreté d'un certain nombre de familles et donc d'enfants. Analyser le retentissement d'une crise sanitaire sur les enfants suppose d'analyser d'une part le retentissement sur leurs familles et d'autre part le retentissement propre sur les enfants en tant que personnes².

L'impact de l'épidémie sur les familles

Le mode de vie quotidien de la quasi-totalité des enfants et de leur famille s'est trouvé radicalement modifié, avec de probables effets psychologiques et relationnels. L'inquiétude de la contagion, partagée avec les adultes, relayée par tous les médias d'information, a pu se décliner diversement : crainte d'être infecté soi-même, crainte de l'autre comme vecteur potentiel, crainte d'être vecteur pour un proche fragile ou encore désorganisations familiales en cas d'hospitalisation d'un parent ou éventuellement par un deuil.

La crise a exposé les enfants qui vivent dans les familles les moins favorisées à des conditions de vie et des expériences difficiles, que ce soit par l'aggravation de la pauvreté suite à la maladie, à une perte d'emploi, ou par une insécurité alimentaire accrue. Parmi les perdants en termes de revenus, on trouve d'abord les salariés en chômage partiel, soit dix millions de personnes ; il y a aussi les salariés en intérim, en fin de contrat, notamment les CDD de moins d'un mois

qui se retrouvent au chômage : 175 000 personnes selon l'OFCE (OFCE, 2020). En outre, plus d'un million de non-salariés seraient concernés par la perte de revenus informels.

La plus grande fréquence et gravité de la maladie dans les milieux populaires et dans les populations les plus démunies a été montrée au niveau géographique (renvoyer au Papier d'Isabelle Grémy), liées notamment à l'exposition des travailleurs dans l'impossibilité de travailler à distance (Renvoyer au Papier d'Emilie) ou encore à la répartition sociale des facteurs de risque (obésité, diabète). Pour les enfants, le risque de subir l'ensemble de ces effets est majeur. Ce choc a probablement été amorti, mais insuffisamment, par des mesures de protection de la chute des revenus telles que le chômage partiel, des aides financières notamment aux familles avec enfants ou encore des possibilités de congé maladie. Cependant, les pertes d'emplois, les faillites d'entreprises, la chute des revenus liée au chômage ou à la réduction des heures travaillées risquent d'affecter considérablement le niveau de vie des familles et donc des enfants, à moyen et long termes. Les familles monoparentales ont été probablement touchées fortement puisque ces familles faisaient déjà partie des plus pauvres avant la crise.

Le logement dans cette crise s'est aussi avéré un élément clé de renforcement des inégalités sociales de santé dans la mesure où il a favorisé la diffusion de l'infection et accru les difficultés du confinement. Parmi les 20 % de familles les plus pauvres, le surpeuplement concerne 39 % des couples avec enfants entre 2006 et 2013 ; 28 % des familles monoparentales sont touchées. Les conséquences nombreuses et majeures de ce mal-logement sur la socialisation, la santé mentale et les difficultés de scolarisation ont été soulignées, de même que pour les enfants dont la famille ne dispose que d'hébergements provisoires (hôtels, foyers). Par ailleurs, compte tenu de la fermeture des écoles, collèges et lycées, et des lieux d'accueil des tout-petits, les adultes ont dû remplir une fonction pédagogique auprès de leurs enfants à laquelle aucun n'était préparé, et cela a été à l'origine d'inégalités scolaires renforcées.

Les impacts directs sur la santé des enfants

Le confinement lié à l'épidémie a entraîné d'importants bouleversements dans la vie des enfants, notamment l'absence des routines habituelles sociales, scolaires, de loisirs, et des activités partagées au sein des ménages entre adultes et enfants ou entre frères et sœurs. Le

1. « Épidémie de Covid-19, confinement et santé des enfants ». HCSP, 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=860>

2. « Gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur ». HCSP, 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=896>



confinement a entraîné également des ruptures de liens sociaux, évoquées plus haut. L'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la dépression, les conduites suicidaires, ou encore les conduites addictives sont des effets décrits du confinement, notamment chez les adolescents, même si les mécanismes d'émergence de ces troubles devraient être étudiés. Les inégalités sociales de santé mentale sont largement documentées, notamment dans la population adulte. Il est nécessaire que les futures études prennent en compte le contexte social, économique et culturel dans lequel les enfants vivent. Les conséquences du confinement pour le développement et la santé des enfants portent sur le ralentissement des apprentissages et de la formation, sur des difficultés psychologiques et de santé mentale ou encore des troubles du sommeil. Les enfants ont pu ressentir de l'isolement et un sentiment de solitude durant cette période, notamment ceux qui vivaient seulement avec des adultes. Dans l'état nous ne disposons pas d'observations ou de données attestant que ces ruptures de liens avec les autres ont été différentes selon le milieu social des familles où vivent les enfants. Enfin, des situations très particulières ont pu être vécues par les enfants qui ne vivent pas en famille (foyers, communautés...) avec des adultes référents différents, mais cela n'est pas documenté pour l'instant.

L'insécurité alimentaire s'est trouvée amplifiée dans cette période de confinement en raison du nonaccès à la restauration scolaire ou universitaire. Pour certains enfants, le repas de la cantine constitue l'apport nutritionnel principal de la journée. En plus de ce repas non assuré, il se trouve que les familles les plus démunies, quel que soit le type de territoire où elles vivent, se sont trouvées en difficulté pour l'achat des biens alimentaires, renforçant ainsi le déséquilibre nutritionnel des enfants dans ces foyers pauvres. En particulier au début du confinement, les associations ont été immobilisées et n'ont plus assuré l'aide qu'elles apportaient avant.

Sur la sédentarité ou l'exposition aux écrans, une augmentation forte de la sédentarité (temps passé dans la même position physique), une réduction forte de l'activité physique (marche, course, sport) et une appétence accrue pour les écrans sont des hypothèses vraisemblables, à confirmer. Toutes ces évolutions vont dans un sens défavorable pour l'état de santé de la population des moins de 18 ans. La réversibilité de ces changements de comportements à moyen et long termes est une question qu'il importe de suivre, de même que l'impact de cette crise sanitaire sur l'initiation et l'usage du tabac, la consommation d'alcool et de drogues illicites, notamment pour les adolescents.

En période d'épidémie de Covid-19, l'habitat a été plus dangereux que le virus pour les enfants. Confinés à leur domicile, les enfants étaient logiquement plus exposés à cet environnement et moins aux autres situations

accentogènes comme le sport, les loisirs, la circulation, ou encore l'enceinte de l'école. De manière générale, les déterminants sociaux – pauvreté, logements précaires, faible niveau scolaire de la mère, etc. – représentent des facteurs de vulnérabilité aux accidents domestiques d'enfants.

En ce qui concerne les violences à l'égard des enfants, les facteurs de risque habituellement retrouvés sont les violences conjugales, l'abus et dépendance aux substances par les adultes, la pauvreté et la marginalité sociale des familles. La fermeture des écoles dans les situations de catastrophes intervient alors comme un élément qui augmente le risque de violence sur les enfants. À l'inverse, pour certaines situations, le confinement a pu avoir un effet bénéfique, en permettant le maintien d'un enfant dans une même famille d'accueil sur plusieurs semaines, offrant un point d'ancrage et de stabilité, à distance d'un parent violent.

L'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires, soins curatifs et de prévention

Pendant le confinement et dans la période de déconfinement progressif, le fonctionnement des services médicaux a été fortement perturbé. De fait, ces perturbations ont concerné tous les aspects de la santé et ont modifié les pratiques et les traitements reçus avant la crise sanitaire par les enfants, qu'ils soient en situation de handicaps, moteurs ou neurologiques, de déficiences cognitives, atteints de maladies chroniques, ou qu'ils requièrent une attention particulière au titre de la protection de l'enfance. Tout laisse penser que les inégalités sociales d'accès aux soins se sont amplifiées dans cette période, marquée par des ruptures dans les traitements, dans les soins de prise en charge, de réadaptation ou d'accompagnement. Une étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS atteste de la diminution de consommation des vaccins au cours des premières semaines du confinement : entre - 15 % et - 78 % sur les semaines 12 à 16, du 16 février au 19 mars 2020. Il est probable que l'organisation départementale de la PMI ait conduit à des services différents selon les populations desservies et les zones plus ou moins touchées par la contagion.

La fermeture des écoles

Parmi les retentissements qui ont eu un impact sur les inégalités sociales de santé pour les enfants, la fermeture des écoles, malgré les efforts de nombreux enseignants pour prolonger les études dans le milieu familial et installer un suivi à distance, a été source de grandes difficultés pour les enfants les plus mal logés, dans des familles aux faibles ressources matérielles et culturelles, et a favorisé un décrochage scolaire. Du CP à la 6^e, la Covid-19 et le confinement ont accru les inégalités scolaires. Les évaluations de septembre 2020 montrent que les écarts se sont creusés entre les enfants scolarisés dans l'éducation prioritaire et les

autres³. Ces inégalités scolaires font le lit d'une hausse des inégalités sociales de santé dans le futur. Pour de nombreux enfants, la cantine scolaire est un apport particulier dans leur alimentation, qui a été interrompu par le confinement, même si de nombreuses mairies ont pallié cette rupture. Le confinement a favorisé la réduction de l'activité physique, le développement de la sédentarité et une utilisation accrue des écrans. La médecine scolaire s'est vue interrompue dans ses missions en même temps que les établissements étaient fermés, et avec elle la mise en œuvre du parcours éducatif de santé.

Conclusion

Si le dimensionnement de l'offre de soins urgents et graves ne s'est pas posé pour les enfants pendant cette crise, la préoccupation demeure pour d'autres crises sanitaires ou pics saisonniers comme celui

3. Dans Le Monde du 10 novembre 2020, Mattea Battaglia écrit : « Du CP à la 6^e, le Covid-19 et le confinement ont accru les inégalités scolaires. Les évaluations de septembre montrent que les écarts se sont creusés entre les enfants scolarisés dans l'éducation prioritaire et les autres. »

des bronchiolites, dont les taux d'admission semblent plus élevés dans les catégories les plus défavorisées socialement. Les données sur les migrants et les enfants de migrants et de réfugiés font défaut mais cette population est probablement particulièrement impactée par la crise sanitaire. Cela donne à penser que les différences sociales d'impact déjà observées sont probablement sous-estimées. Le rôle joué par les différences territoriales de disponibilité des services de santé et d'accès aux soins devra être analysé et précisé. L'impact de cette crise sanitaire sur l'amplitude des inégalités sociales de santé et de soins dans la population des enfants sera difficile à mesurer compte tenu des limites du dispositif statistique et de l'insuffisance des recherches consacrées aux enfants, particulièrement sur le rôle de leur environnement social [47]. Même si les données des cohortes Epipage et Elfe, du dispositif de recherche Sapris, permettront d'en préciser certains aspects (renvoi à l'article de Delpierre) pour la génération 2011, le manque de données sur la santé des enfants ne doit pas masquer l'ampleur de cette crise sanitaire sur eux et les inégalités qu'elle a renforcées. ●

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.