

## 24<sup>e</sup> Congrès des économistes

### Inégalités sociales et COVID-19

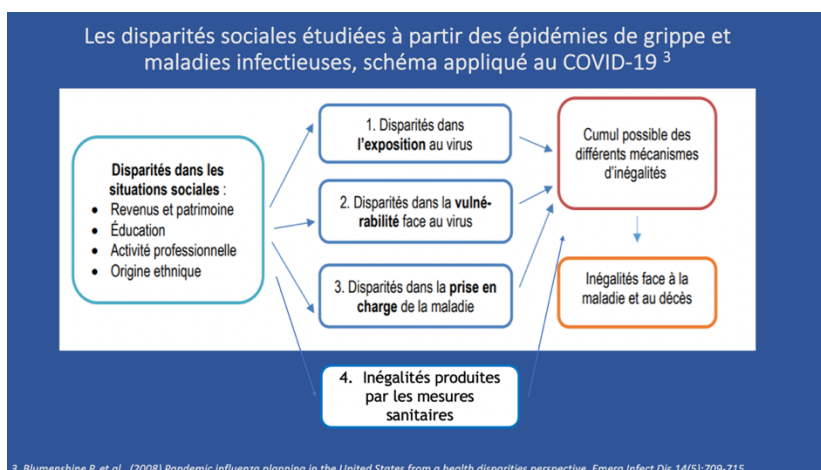
Andrea Rea (ULB) & Judith Racapé (ULB)

*Plusieurs études ont montré l'impact des inégalités sociales sur la pandémie de la COVID-19. Par ailleurs, les campagnes de vaccination contre la COVID-19 ont aussi mis en évidence le lien entre hésitation vaccinale et populations précarisées ou faiblement scolarisées dans les pays occidentaux. À partir des travaux internationaux, en l'absence de données précises et comparables en Belgique, cette contribution entend proposer un cadre d'analyse élargi intégrant les interdépendances entre inégalités sociales (espace de vie, logement, métiers à risque, etc.) et de santé (comorbidités) concernant la diffusion de la COVID-19.*

Les premiers travaux traitant de la COVID-19 ont rapidement mis en évidence l'impact de variables épidémiologiques et singulièrement l'âge et certaines comorbidités (l'hypertension, le diabète, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires) sur l'exposition à la maladie et le développement de ces formes graves. Si ces facteurs de risque sont maintenant bien connus (Doherty et al., 2020 ; Eliott et al., 2021), cela l'est moins au sujet des effets des inégalités sociales et de santé sur la diffusion de la COVID-19 et ses formes graves. Provenant souvent des spécialistes de la santé publique, plusieurs auteurs soutiennent la nécessité d'élargir le champ d'études de la COVID-19 en mobilisant le concept de syndémie (Horton, 2020). Pour Singer et Mendenhall (2017), une syndémie caractérise un entrelacement de maladies, de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux qui, par leur synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population. Si ces déterminants épidémiologiques et sociaux de la COVID-19 ont fait l'objet de recherches, l'étude des conséquences sanitaires et sociales des mesures populationnistes (confinement, chômage, travail pour les métiers dits essentiels, fermeture des écoles, etc.) prises par la majorité des gouvernements pour freiner la propagation de la maladie sans tenir compte des inégalités sociales et de santé, singulièrement les plus précarisées, n'a été que rarement abordée. Comme toutes les pandémies (Bambra et al., 2020), et comme l'ont montré aussi les travaux au sujet du HIV, la crise sanitaire de la COVID-19 a exacerbé les inégalités sociales et de santé, et en a fait apparaître d'autres.

L'analyse de l'imbrication des facteurs sociaux et de santé peut suivre l'approche utilisée pour la diffusion de la grippe (*cf.* Figure 1) et qui suppose d'étudier a) les disparités dans l'exposition au virus, b) les disparités des vulnérabilités et c) les disparités dans la prise en charge. Pour la COVID-19, il conviendrait d'ajouter les conséquences des mesures prises sur les inégalités sociales et de santé.

**Figure 1 : Cadre d'analyse en termes d'inégalités sociales et de santé**

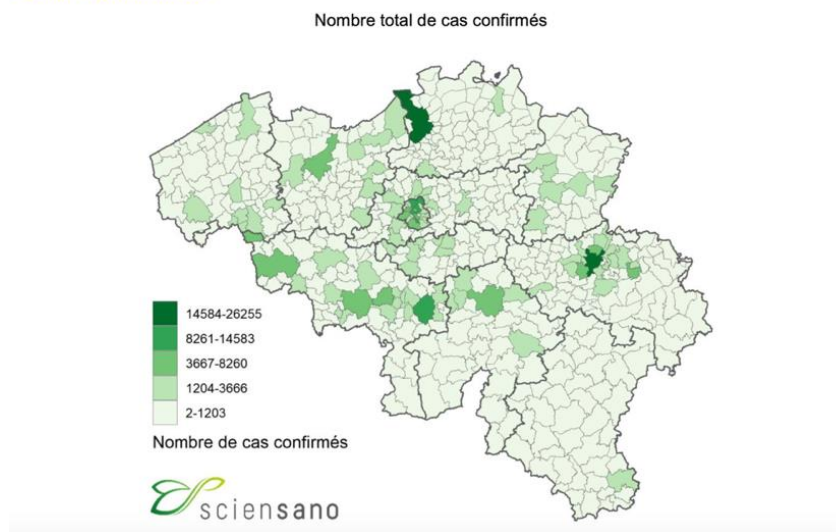


### Les disparités dans l'exposition au virus

En Suède, les populations les plus précaires ont des taux de mortalité plus élevés et le gradient social est observé pour les niveaux d'éducation et de revenu (Defrahl, et al 20210). En Suisse, les personnes vivant dans des quartiers favorisés ont moins de risques d'être hospitalisées et de décéder par la COVID-19 que les personnes vivant dans des quartiers défavorisés (Riou et al., 2021). Toutefois, comme le rappellent Khalatbari-Soltani et al. (2020), « Ce n'est pas simplement que les personnes pauvres sont plus souvent en mauvaise santé qui les a exposées à la surmortalité due à la COVID-19, c'est aussi et surtout leurs conditions de logement et leur métier ». Plusieurs travaux aux États-Unis, au Royaume-Uni et en France montrent que des facteurs comme le logement et la profession sont associés à la COVID-19 (Tara Upshaw et al., 2021, Walker 2020). Certaines professions ont été particulièrement exposées, comme celles du personnel soignant, mais aussi ceux qui occupent des positions d'emploi plus précaires et qui n'ont pas pu passer au télétravail (livreurs, éboueurs, caissières, chauffeurs des transports en commun, police et agents de sécurité, les agents de nettoyage, etc.). Ceci a été mis en évidence tant au Royaume-Uni qu'en France (Epidemic, 2020) et au Royaume-Uni (Blundell et al., 2020 ; Niedzwiedz, 2020). En outre, ces emplois sont souvent occupés par les groupes sociaux plus vulnérables par rapport à leur santé.

## Figure 2 : Nombre de contaminations confirmées par lieu d'habitation

### 3.2.2. Par commune



Source : Données Sciensano, novembre 2020

Une autre source d'accroissement des probabilités d'être exposé à la COVID-19 tient aux espaces de vie (zone urbaine densément peuplée, pas ou peu d'espaces verts, mauvaise qualité de l'air, peu d'équipements collectifs, etc.) et à la qualité du logement (salubrité, nombre de mètres carrés par personne, densité de population dans l'habitation, logement intergénérationnel, etc.). En France, le département de Seine Saint-Denis, le plus pauvre de France et densément peuplé a enregistré le plus fort taux de surmortalité en île de France lors de la première vague (Solene et Simon, 2020). En Belgique, l'association entre quartier densément peuplé et logements collectifs plus peuplés a rapidement été visible avec les données compilées par Sciensano (cf. Figure 2).

Cette association de facteurs a aussi été documentée aux États-Unis. Dans plusieurs pays, l'association métiers essentiels effectués en présentiel, qualité du logement et quartiers urbains d'habitation socialement dégradés sont mis en relation avec l'origine nationale et/ou ethnique de ces populations. En Angleterre, les minorités ethniques et les personnes occupant des professions précaires sont plus à risque d'être testées positive au COVID-19, d'être hospitalisées et de décéder par la COVID-19 (Mathur et al., 2021, Mutambudzi 2021). Aux États-Unis, les taux d'incidence et de mortalité sont plus importants pour les minorités ethniques et les personnes avec un statut socio-économique défavorable (Karmakar et al., 2021), et vivant dans des quartiers densément peuplés avec des taux de pauvreté élevés (Fielding-Miller 2021). Ceci concerne particulièrement la population afro-américaine. En Belgique, les communications médiatiques et politiques ont souvent mis en exergue les hauts taux de contamination, surtout en automne 2020, des quartiers qualifiés d'immigrés (Borgerhout à Anvers, Farciennes en Wallonie ou Anderlecht à Bruxelles). Vanthomme (2021) montre que les hommes d'origine africaine subsaharienne ont des taux de mortalité plus de 3 fois plus élevés que les hommes d'origine belge. Comme le montrent les données du Monitoring socio-économique, il existe une segmentation ethnique (sur la base de l'origine nationale) du marché en Belgique (Figure 3).

**Figure 3 : Secteurs d'activité selon l'origine nationale en Belgique**

**Tableau 15 : Secteurs les plus fortement représentés selon le genre et l'origine (20-64 ans, 2016)**

	Hommes	Femmes
Belge	O84 (Administration publique)	P85 (Enseignement)
UE-14	G47 (Commerce de détail)	G47 (Commerce de détail)
UE-13	F41 (Construction)	N81 (Services relatifs aux bâtiments)
Candidat UE	F43 (Travaux spécialisés)	N81 (Services relatifs aux bâtiments)
Autre Européen	F43 (Travaux spécialisés)	N81 (Services relatifs aux bâtiments)
Maghrébin	H49 (Transport)	O84 (Administration publique)
Autre Africain	N78 (Activités liées à l'emploi)	O84 (Administration publique)
Proche/Moyen-Orient	I56 (Restauration)	G47 (Commerce de détail)
Océanie/Extrême-Orient	I56 (Restauration)	I56 (Restauration)
Autre Asiatique	I56 (Restauration)	N81 (Services relatifs aux bâtiments)
Nord-Américain	P85 (Enseignement)	P85 (Enseignement)
Sud/Centre-Américain	I56 (Restauration)	N81 (Services relatifs aux bâtiments)

Source : Monitoring socio-économique, 2019, SPF Emploi

L'étude EPICOV en France a montré que la COVID-19 a touché les personnes précaires, celles habitant dans des logements densément peuplés, exposées à des emplois précaires mais essentiels, à l'utilisation des transports en commun et fragilisent une population déjà fortement en difficulté (Bajos 2020).

**Figure 4 : L'exposition à la contamination, les conditions de vie, la qualité du logement et la profession**

		Odds-ratio brut	Intervalle de confiance (IC) à 95 %	P-value	Odds-ratio ajusté	Intervalle de confiance (IC) à 95 %	P-value
Densité urbaine	Communes peu denses	ref		<0,001	ref		0,001
	Communes de densité intermédiaire	0,9	[0,7 ; 1,4]		1,1	[0,8 ; 1,6]	
	Communes très denses	1,9	[1,4 ; 2,8]		1,9	[1,3 ; 2,7]	
Type de profession	Profession dans domaine du soin	2,1	[1,3 ; 3,2]	<0,001	2,2	[1,4 ; 3,4]	0,002
	Profession essentielle hors domaine soin	0,9	[0,6 ; 1,3]		1,0	[0,7 ; 1,5]	
	Profession non essentielle	ref			ref		
	Non actif et occupé	0,5	[0,4 ; 0,7]		0,9	[0,6 ; 1,4]	
Nombre de personnes dans le foyer	1 personne	ref		<0,001	ref		0,017
	2 personnes	1,3	[0,8 ; 2,1]		1,2	[0,7 ; 2,0]	
	3-4 personnes	3,1	[2,0 ; 4,8]		1,8	[1,1 ; 3,1]	
	≥ 5 personnes	4,4	[2,5 ; 7,6]		2,6	[1,3 ; 5,5]	

Source : Enquête EPICOV

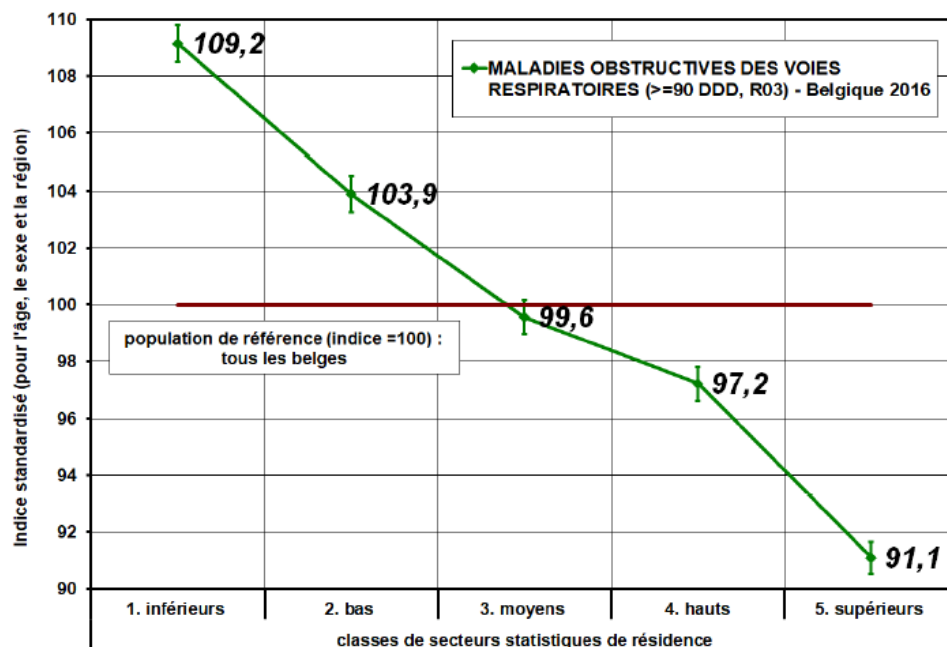
La plus forte contamination des minorités ethnoraciales tient ainsi à l'interdépendance et l'accumulation des facteurs : surreprésentation de cette population parmi les métiers dits essentiels et parmi les zones

urbaines les plus densément peuplées, et vivant dans des logements plus exigus. Il faut regretter que ce type de croisement de données soit, pour l'instant, inexistant en Belgique<sup>1</sup>.

### Les disparités des vulnérabilités

Les inégalités sociales de santé ont été mises en évidence depuis de nombreuses années (Pickett and Wilkinson, 2015 ; Marmot, 2005). En effet, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, l'asthme ou le diabète sont plus fréquents dans les groupes défavorisés et socialement vulnérables (cf. les Figures 4 et 5). Ces éléments sont souvent liés aux conditions d'existence, à la qualité du travail exécuté, aux styles de vie et aux facteurs environnementaux néfastes et aux logements insalubres (Reames, 2019). Il existe de nombreux effets cumulatifs des disparités dans l'exposition au virus et des disparités des vulnérabilités.

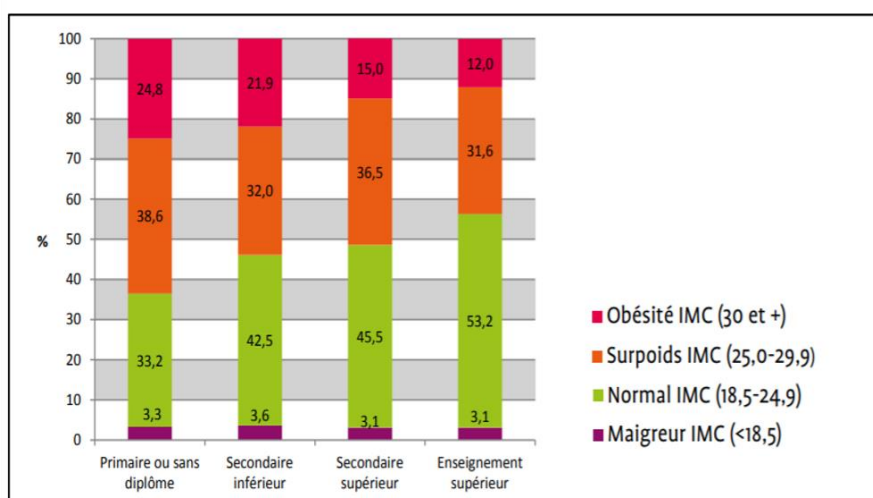
**Figure 4 : Maladies obstructives des voies respiratoires**



Source : IMA, Belgique, 2016

<sup>1</sup> Il convient de signaler par exemple que les données du Résumé médical hospitalier qui enregistre toutes les informations médicales des malades des hôpitaux, et notamment de la COVID-19, de l'année 2020 ne seront disponibles qu'à partir de mai 2022.

**Figure 5 : Taux de niveau d'obésité sur la base des études**



Source : Sciensano, Wallonie, 2013

### Les disparités dans la prise en charge

Les disparités dans les prises en charge des maladies sont aussi très largement documentées en santé publique. Il existe une relation positive entre le gradient social et la prise en charge. En Belgique, les populations les plus défavorisées sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir de médecin traitant. Or de nombreuses recherches montrent le rôle important que ce contact favorise dans l'identification rapide de certaines maladies. En outre, la médecine générale constitue un outil essentiel de traitement de l'information médicale et une source importante de maîtrise par les individus de leur santé, au niveau de la prévention primaire et secondaire (Jamoule et Roland, 2005). Le non-recours aux soins de santé des populations les plus précarisées pour des raisons financières est aussi largement documenté, de même que le recours, tardif, aux soins d'urgence (Marmot and Wilkinson, 2005). Le déterminant social est également un facteur important dans le retard des dépistages des cancers et, de manière plus générale, les populations les plus précarisées retardent plus fréquemment la prise en charge des pathologies chroniques.

Le retard dans la prise en charge ne tient pas seulement à des facteurs économiques, comme la faiblesse des revenus. Il est aussi le résultat d'un niveau faible de littératie en santé (Lin et al., 2014). Cette dimension a particulièrement été importante durant la pandémie du COVID-19, et ce d'autant plus que les travaux scientifiques eux-mêmes étaient traversés de diverses, légitimes, controverses. Lors d'entretiens réalisés avec des acteurs intermédiaires et des personnes de populations précarisées<sup>2</sup>, la question de la communication au sujet de la maladie, et plus encore au sujet de la vaccination, a montré l'enjeu de la transmission d'informations et des acteurs de cette transmission. Dans les milieux à la fois précarisés et faiblement scolarisés, la crise des savoirs experts (Beck, 1992) est encore plus marquée que dans d'autres milieux. La controverse (sur les masques, par exemple) parmi les experts vient à décrédibiliser le discours scientifique et à affaiblir la confiance dans les experts prenant la parole. La confiance dans le personnel politique est encore moindre. Ces populations utilisent tendanciellement aussi moins fréquemment les canaux officiels d'information (radio, télévision, presse écrite *mainstream*). Dans ces médias, il convient aussi d'interroger la fabrication d'un « citoyen moyen » qui

<sup>2</sup> Recherche *Inégalités et COVID*, ULB-ULiège, FNRS, 2021.

généralement a déjà un niveau d'expression témoignant d'une bonne scolarité. Les confinements, et ceci constitue un effet des mesures populationnistes prises, ont aussi rompu les liens avec des intermédiaires de confiance qui auraient pu aussi diffuser les informations officielles ou contredire des affirmations erronées. Ces dernières sont le résultat de multiples processus de déformation qui trouvent leur origine dans une connaissance insuffisante ou une incompréhension des langues nationales, dans l'absence de maîtrise du vocabulaire et langage médical, dans le recours à des sources sur les réseaux sociaux sans disposer d'une connaissance suffisante sur la fiabilité de ce qui y est présenté. Tout ceci conduit à la création d'informations circulant dans des cercles restreints et cohésifs souvent basés sur une casuistique qui tient de règle (« je connais une personne qui »).

## **Conclusion**

Alors que de nombreux travaux en santé publique ont mis en évidence depuis longtemps l'articulation entre inégalités sociales et inégalités de santé, cette interdépendance, en raison de la situation de crise, a peu été mise en évidence, sauf à l'occasion d'exposé factuel. Elle n'a surtout pas été prise en compte dans l'adaptation ou l'accompagnement qu'il aurait fallu mettre en place dans le cadre des mesures sanitaires populationnistes pour les populations vulnérabilisées socio-économiquement et au niveau sanitaire. L'étude des conséquences sanitaires et sociales des mesures populationnistes (confinement, chômage partiel, travail pour les métiers dits essentiels, fermeture des écoles, etc.) prises par la majorité des gouvernements pour freiner la propagation de la maladie sans tenir compte des inégalités sociales et de santé, singulièrement les plus précarisées, reste encore à faire. Pour l'heure, l'attention a, certes, posé sur la situation des personnes ayant perdu leur emploi ou leur activité entrepreneuriale et aussi sur les conséquences dans le domaine de la santé mentale qui a aussi touché très largement les classes moyennes, mais il convient de ne pas perdre de vue le devenir social et de santé des populations les plus précarisées.

## **Bibliographie**

Bajos, N, J Warszawski, A Pailhé et al. (2020), « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions en santé publique*, 40

Bambra, C, R Riordan, J Ford, F Matthews (2020), The COVID-19 pandemic and health inequalities, *J Epidemiol Community Health*. 2020 Nov;74(11):964-968, doi: 10.1136/jech-2020-214401. Epub PMID: 32535550; PMCID: PMC7298201.

Beck, U (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.

Blumenshine, P et al. (2008), Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective, *Emerg Infect Dis*, 14(5):709-715.

Blundell, R., J Cribb, S McNally, R Warwick, and X Xiaowei (2020), Inequalities in education, skills, and incomes in the UK: the implications of the COVID-19 pandemic, London, Institute for Fiscal Studies.

Brun, S, et P Simon (2020), « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », in : Solène Brun et Patrick Simon (dir.), Dossier « Inégalités ethno-raciales

et pandémie de coronavirus », De facto [En ligne], mis en ligne le 15 mai 2020. URL : <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2020/05/15/defacto-019-05/>

Drefahl, S, M Wallace, E Mussino, S Aradhya, M Kolk, M Brandén, B Malmberg, G A Andersson (2020), “Population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden”, *Nat Commun*, (1):5097, doi: 10.1038/s41467-020-18926-3, PMID: 33037218; PMCID: PMC7547672.

Fielding-Miller, R K, M E Sundaram, K Brouwer (2020), “Social determinants of COVID-19 mortality at the county level”, medRxiv [Preprint]. 2020 Jul 1:2020.05.03.20089698. doi: 10.1101/2020.05.03.20089698, Update in: *PLoS One*, (10):e0240151. PMID: 32637976; PMCID: PMC7340202.

Horton, R, (2020), “Offline: COVID-19 is not a pandemic”, *Lancet*, 396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6. PMID: 32979964; PMCID: PMC7515561.

Jamoule, P et M Roland (2005), « Champs d’action, gestion de l’information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille », *Santé conjugulée*, n°33. 71-77.

Karmakar, M, P M Lantz, R Tipirneni (2021), “Association of Social and Demographic Factors With COVID-19 Incidence and Death Rates in the US”, *JAMA Netw Open*, 4(1):e2036462. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36462

Khalatbari-Soltani, S, RC Cumming, C Delpierre, M Kelly-Irving (2020), “Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards”, *J Epidemiol Community Health*. 2020 Aug;74(8):620-623. doi: 10.1136/jech-2020-214297. Epub PMID: 32385126; PMCID: PMC7298202.

Lin, L, E Savoia, F Agboola, K Viswanath, (2014), “What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systematic review of the literature”, *BMC Public Health*, 14:484. doi: 10.1186/1471-2458-14-484.

Marmot, M, (2005), “Social determinants of health inequalities.”, *Lancet*, 365(9464):1099-104, doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

Marmot, M, R Wilkinson, (2005), (Eds). *Social Determinants of Health*, Oxford: OUP.

Mathur, R, C T Rentsch, C E Morton, W J Hulme, A Schultze, B MacKenna, R M Eggo, K Bhaskaran, AYS Wong, E J Williamson, H Forbes, K Wing, H I McDonald, C Bates, S Bacon, A J Walker, D Evans, P Inglesby, A Mehrkar, H J Curtis, N J DeVito, R Croker, H Drysdale, J Cockburn, J Parry, F Hester, S Harper, J J Douglas, L Tomlinson, S J W Evans, R Grieve, D Harrison, K Rowan, K Khunti, N Chaturvedi, L Smeeth, B Goldacre (2021), OpenSAFELY Collaborative. Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform, *Lancet*, 2021 May 8;397(10286):1711-1724. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00634-6. Epub 2021 Apr 30. Erratum in: *Lancet*, PMID: 33939953; PMCID: PMC8087292.



Mutambudzi, M, Niedzwiedz C, Macdonald EB, et al (2021), “Occupation and risk of severe COVID-19: prospective cohort study of 120 075 UK Biobank participants”, *Occupational and Environmental Medicine*, 78:307-314.

Niedzwiedz, C L, C A O’Donnell, B D Jani, et al. (2020), “Ethnic and socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection: prospective cohort study using UK Biobank”, *BMC Med* 18, 160, <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01640-8>

Pickett, K & Wilkinson R (2015), “Income Inequality and Health: A Causal Review”, *Social Science & Medicine*, 128: 316-326.

Reames, T & M Bravo, (2019), “People, Place and Pollution: Investigating Relationships between Air Quality Perceptions, Health Concerns, Exposure, and Individual- and Area-Level Characteristics”, *Environ Int*, 122: 244-55.

Riou, J, R Panczak, C L Althaus, C Junker, D Perisa, K Schneider, N G Criscuolo, N Low, M Egger (2021), “Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis”, *Lancet Public Health*, (9):e683-e691, doi: 10.1016/S2468-2667(21)00160-2. Epub 2021 Jul 10. PMID

Singer, M, N Bulled, B Ostrach, E Mendenhall (2017), “Syndemics and the biosocial conception of health”, *Lancet.*;389(10072):941-950, doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X. PMID: 28271845.

Upshaw ,T L, C Brown, R Smith, M Perri, C Ziegler, A D Pinto (2021), Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: A rapid review Published, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248336>

Vanthomme, K, et al. (2021). “A population-based study on mortality among Belgian immigrants during the first COVID-19 wave in Belgium. Can demographic and socioeconomic indicators explain differential mortality?”, *SSM - Population Health*, Vol.,14.

Walker, AJ, K Bhaskaran, et al. (2020), “Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY”, *Nature.*, 584(7821):430-436. doi:10.1038/s41586-020-2521-4