

# 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 femmes<sup>1</sup>. 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 2020<sup>2</sup>. 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 [Cesrees] 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 posent 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 surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens<sup>3</sup> (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 sérologique<sup>4</sup>. 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 des 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-démographiques<sup>5</sup>.

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-économique<sup>6</sup>.

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)

**E**n 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<sup>er</sup> 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