



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...

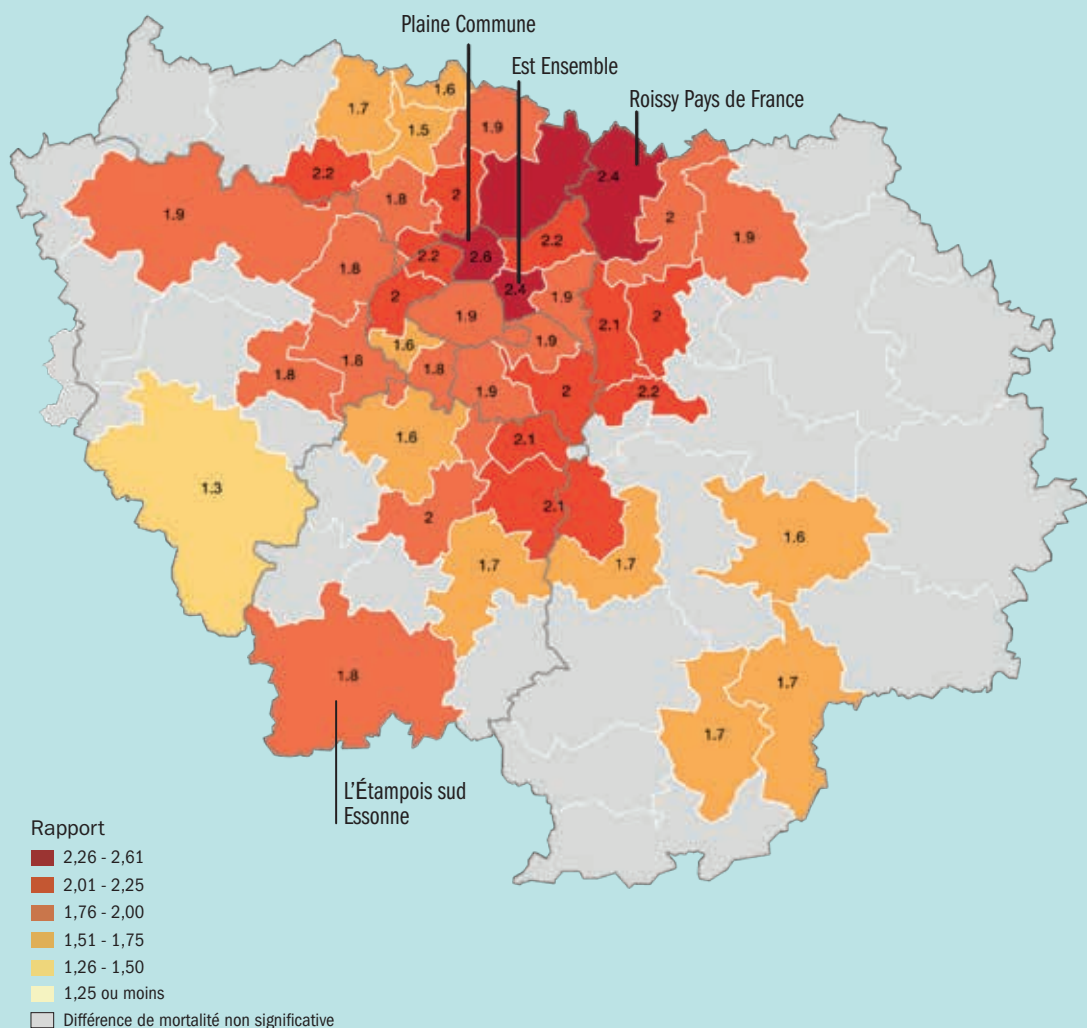
Dans la très grande majorité des communes et intercommunalités franciliennes, le nombre de décès comptabilisés en mars et avril 2020 a été supérieur à celui comptabilisé en moyenne à la même période entre 2015 et 2019.

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 » habitant 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

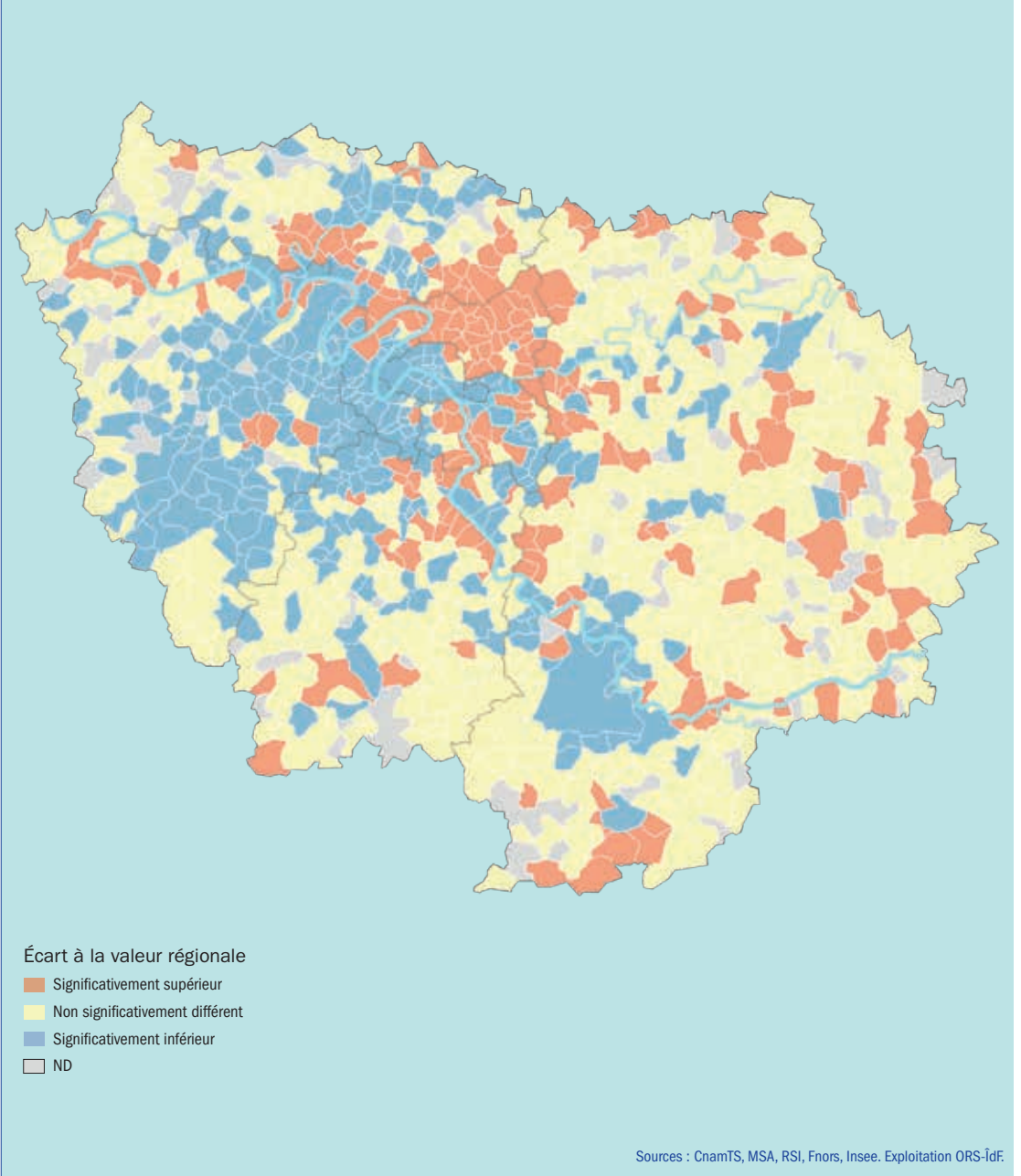
Notre approche écologique ne permet pas de conclure formellement à une relation causale entre territoires défavorisés et mortalité par Covid-19. Mais on ne peut que constater l'étroite correspondance de la carte de surmortalité par Covid-19 des mois de mars et avril 2020 avec :

- 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. ●