

DOSSIERS DE LA DREES

n° 62 • juillet 2020

Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19

État des lieux et perspectives

Dossier coordonné par Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak et Sylvie Rey (DREES)

Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19

État des lieux et perspectives

Dossier coordonné par Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak, et Sylvie Rey

Contributeurs : Patrick Aubert, Claire-Lise Dubost, Aude Lapinte, Blandine Legendre, Romain Loiseau, Adrien Papuchon, Catherine Pollak, Sylvie Rey, Delphine Roy, Charline Sterchele

Remerciements : Vincent Attia, Muriel Barlet, Pierre-Yves Cabannes, Monique Carrière, Pauline Charnoz, Noémie Courtejoie, Mathieu Fouquet, Lucie Gonzalez, Aurore Lambert, Gabin Langevin, Carole Lardoux, Fabrice Lengart, Lorenza Luciano, Christine de Peretti, Jehanne Richet, Tom Seimandi, Valérie Ulrich

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

Sommaire

■ INTRODUCTION	7
■ LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AU VIRUS	8
Les inégalités sociales et territoriales dans l'exposition au virus	8
Le risque d'exposition plus élevé pour certaines activités professionnelles	8
L'exposition à la contamination liée aux conditions de vie et la promiscuité	10
Le risque de contamination dépend enfin de l'accès aux mesures de protection	10
Des inégalités sociales et territoriales dans la vulnérabilité face au virus : disparités sociales des facteurs aggravants	11
L'inégale répartition des comorbidités aggravantes : une analyse de la prévalence des pathologies en France	12
Les inégalités sociales dans la prévalence de l'obésité	14
Le risque de pathologie aggravante ou d'obésité selon la prise en compte de différentes caractéristiques socio-territoriales	16
Les inégalités territoriales de surmortalité	18
Des inégalités sociales dans la prise en charge et accès aux soins	21
Prise en charge du Covid	21
Renoncement aux soins pour Covid	22
■ LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AU CONFINEMENT	24
Continuité de la prise en charge des autres problèmes de santé	24
Santé mentale	26
Sécurité matérielle	27
Sécurité physique	28
Continuité de l'accompagnement social	29
Conditions de logement et isolement	30
Accès au numérique	32
Éducation : impact sur la réussite éducative des enfants selon les milieux sociaux	32
■ CONCLUSION : QUELLES SERONT LES POPULATIONS LES PLUS TOUCHÉES PAR CETTE CRISE ?	33
■ BIBLIOGRAPHIE	35
Annexe 1. Les inégalités sociales face aux comorbidités aggravantes du Covid-19 : une analyse à partir des enquêtes EHIS 2014 et SRCV 2017	38

SYNTHÈSE

Ce dossier présente une synthèse à date des travaux sur les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. Il a été réalisé dans le cadre d'un groupe de travail interne lancé par la DREES à la mi-mars 2020, dès le début du confinement, ayant pour mandat de réaliser une veille documentaire transversale des conséquences de la crise sanitaire sur les systèmes de santé et de protection sociale. Constitué d'une vingtaine de personnes volontaires, animé par Fabrice Lenglard et Catherine Pollak, le groupe s'est réuni à un rythme hebdomadaire durant deux mois pour échanger sur ses lectures de la littérature scientifique internationale et française et d'articles de presse « de fond », qui ont été complétées par des analyses statistiques sur données françaises.

La littérature scientifique a déjà mis en évidence la présence d'inégalités sociales dans les épidémies passées. Ce phénomène résulte de trois facteurs, souvent cumulatifs : les inégalités face au risque d'exposition, la vulnérabilité différenciée face à la maladie et les différences de prise en charge. De fait, le débat public a rapidement mis en exergue que les inégalités face au Covid-19 sont socialement très marquées. De surcroît, aux inégalités de santé face à la pandémie sont venues s'ajouter un deuxième phénomène, tout aussi frappant : les inégalités sociales face au confinement.

Des inégalités d'exposition qui se cumulent souvent

Le risque de contamination a été plus élevé dans certains emplois, exposés au contact avec les malades (personnel soignant, majoritairement féminin, et relativement âgé pour les médecins) ou en contact avec le public et dont l'activité a été maintenue en présentiel. Cela concerne en premier lieu le secteur de la santé et action sociale, mais aussi ceux de l'industrie agroalimentaire, du commerce et de l'industrie. Lorsque leur activité était maintenue, la quasi-totalité des ouvriers et les trois quarts des employés ont été contraints de travailler en dehors de chez eux ; par contraste, c'était seulement le cas d'un tiers des cadres. Cette inégalité face au télétravail s'est souvent cumulée avec le fait de devoir se déplacer en transports en commun, car les ouvriers et employés habitent plus souvent que le restant de la population en zone périurbaine. Les conditions de vie et la promiscuité accentuent le risque de contamination pour les personnes vivant dans des logements collectifs, en établissements fermés et dans des logements surpeuplés. L'accès aux mesures de protection dépend quant à lui des conditions matérielles, mais aussi des comportements préventifs, dont il est établi dans la littérature qu'ils sont inégalement adoptés dans la population. L'enquête CoviPrev (SPF) apporte de premiers éléments sur ces sujets ; l'enquête EpiCov (Inserm-DREES) permettra de les approfondir.

Développer une forme grave de la maladie : un risque marqué par un gradient social

Les premières analyses menées par la DREES sur les données médico-administratives et les enquêtes de santé indiquent qu'au-delà du facteur lié à l'âge, les comorbidités sont inégalement réparties sur le territoire : dans les Hauts-de-France, la Normandie, le Grand-Est, la Réunion et la Corse (et dans une moindre mesure dans les départements du Centre et du pourtour méditerranéen), la population est plus atteinte par les pathologies susceptibles de conduire à des formes graves de Covid-19. Les cadres, les professions intermédiaires et les agriculteurs y sont moins exposés que les employés et les ouvriers. Les personnes appartenant au cinquième de la population ayant les revenus les plus faibles ont, toutes choses égales par ailleurs, une fois et demie plus de risques d'avoir une de ces comorbidités que les personnes appartenant au cinquième de population ayant les revenus les plus élevés. Ces inégalités sont les plus fortes pour l'obésité, mais elles s'observent aussi pour les autres pathologies facteurs de vulnérabilité face au Covid-19.

Les disparités territoriales de surmortalité relevées par l'Insee, qui indiquent non seulement que le Grand-Est et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées, mais aussi que l'excédent de mortalité n'est pas homogène à l'échelle infra-régionale (avec les excès de mortalités départementales les plus élevés à Mayotte et en Seine-Saint Denis, et communales à Saint-Denis, Mulhouse, Strasbourg, Argenteuil, Paris et Montreuil) doivent aussi s'analyser en prenant en compte les inégalités sociales qui les sous-tendent.

Des inégalités sociales multiples face au confinement

Les retards de prise en charge des soins urgents, que l'on a observé durant le confinement au travers d'une chute des recours aux urgences pour des pathologies à risque vital (baisse des recours de l'ordre de 40 % pour les cardiopathies ischémiques, baisse de près de 30 % pour les accidents vasculaires cérébraux) sont particuliè-

rement inquiétants, de même que les dépistages tardifs des cancers qui constituent une perte de chance pour les patients. La prise en charge des pathologies chroniques et pédiatriques en ville s'est affaïssée pendant le confinement (baisse de 40 % de consultations en médecine générale et de 50 % pour les spécialistes selon les statistiques de l'Assurance maladie, baisse de 50 % des consultations de suivi de maladies chroniques, suivi de grossesse et suivi pédiatrique pour près d'un généraliste sur deux selon le panel des médecins généralistes de la DREES). Des études seront nécessaires pour en suivre les effets à moyen terme. Les pathologies nécessitant des soins réguliers ou urgents étant elles-mêmes traversées par des inégalités sociales, certaines populations moins favorisées ont pu pâtir plus que d'autres des difficultés de recours aux soins.

Les expériences passées de quarantaine, mais aussi les premières leçons tirées du confinement pendant le Covid-19 décrivent des conséquences multiples à court et long terme sur la santé mentale. Le panel des médecins généralistes de la DREES fait état d'un surcroît de consultations pour santé mentale pendant le confinement. De premiers résultats des enquêtes Coclico (Irdes) et Coviprev pointent un risque accru pour les personnes en isolement social et, là encore, un gradient social, les risques liés à la santé mentale étant eux aussi traversés par de fortes inégalités. La littérature internationale invite, pour les travaux à venir, à porter une attention particulière aux conséquences pour les personnes isolées, âgées, les enfants et les personnes ayant des troubles psychiatriques préexistants, ainsi que pour les personnes dont les conditions de vie sont les plus précaires et se sont le plus dégradées.

Les conséquences économiques de la crise risquent d'accroître les inégalités matérielles : certaines populations ont subi des baisses de revenus d'activité, d'aides et d'activités informelles particulièrement importantes, associées à une hausse des dépenses, notamment alimentaires, seulement partiellement compensées par les aides publiques. D'après l'Ined (Coconel), pendant le confinement, presque la moitié des ménages les plus modestes ont perdu des revenus, contre environ un quart des ménages aisés. D'après l'enquête Camme de l'Insee, la part des personnes déclarant que leur situation financière s'est dégradée pendant le confinement est moindre, mais les inégalités sont très élevées : cela concerne 30 % des personnes du 1^{er} quintile de niveau contre 11 % de celles appartenant au 5^e quintile.

Enfin, d'autres types d'inégalités sociales face au confinement commencent à être documentés : sécurité physique, continuité de l'accompagnement social, conditions de logement et isolement, accès au numérique et réussite éducative.

Des populations particulièrement fragilisées

La crise sanitaire que nous traversons ne fait que jeter une lumière plus crue sur l'importance et le caractère multidimensionnel des inégalités qui traversent notre pays. Elle met l'accent sur les risques spécifiques auxquels font face les populations les plus fragiles exposés à une « double » ou une « triple peine » face au Covid-19, souvent liée à l'impact du virus couplé à l'impact du confinement, et appellent donc à une vigilance accrue.

Plusieurs travaux alertent ainsi sur les inégalités de genre dans cette crise : majoritaires dans les métiers de la santé et du social, les femmes ont été en première ligne dans la réponse sanitaire apportée à la crise, ont eu à supporter une charge informelle plus élevée au sein des ménages, tout en étant plus exposées aux risques de violences conjugales. L'analyse territoriale est également révélatrice de mécanismes de cumul de difficultés : les populations des quartiers défavorisés présentent plus souvent des facteurs de risques face au coronavirus, sont plus souvent concernées par de mauvaises conditions de logement, ainsi que par le maintien d'une activité professionnelle qui suppose d'emprunter les transports en commun. Plus largement, cette crise a pu toucher différemment les populations vivant en milieu urbain et celles vivant en milieu rural. Enfin, au-delà des territoires, les lieux de vie distinguent nettement les populations et leur situation face au coronavirus. Les personnes résidant dans des établissements médico-sociaux (personnes âgées en EHPAD, personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie) cumulent un risque d'exposition élevé lié au lieu de vie et de dégradation de l'état de santé due à l'isolement. Les personnes en situation de grande précarité, sans domicile, réfugiés et migrants notamment, cumulent une forte insécurité sanitaire, liée au risque d'exposition au virus dans des structures d'accueil collectives, des difficultés d'accès aux soins, ainsi qu'une forte insécurité économique accrue par l'absence de moyens de subsistance liée à l'interruption de leur activité par le confinement et l'absence d'allocations sociales.

■ INTRODUCTION

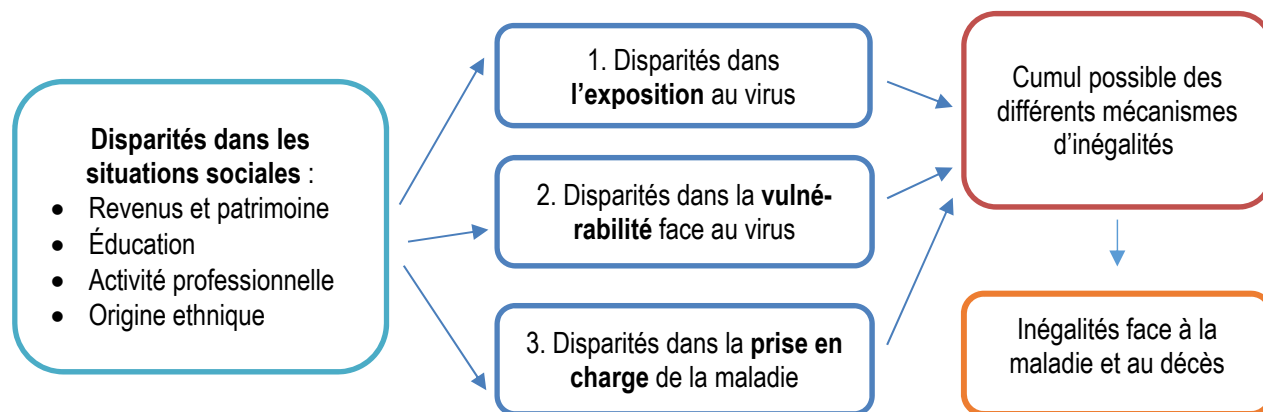
La crise sanitaire liée à l'épidémie du Covid-19 et ses conséquences économiques soulèvent deux enjeux majeurs en termes d'inégalités sociales. D'une part, l'exposition au risque de contamination ainsi que le risque de développer des formes graves et de décéder sont inégalement réparties dans la population. Le prix Nobel d'économie Joseph Stiglitz le rappelle: « Covid is not an equal opportunity killer » (Stiglitz, 2020). D'autre part, la crise du Covid-19 vient ajouter un mécanisme supplémentaire et nouveau dans sa nature et son ampleur dans l'histoire des épidémies: les inégalités face au confinement. Des travaux antérieurs sur de précédentes pandémies comme la grippe espagnole ou la grippe H1N1, ou d'autres maladies infectieuses comme la tuberculose ou la rougeole, insistaient déjà sur l'importance de la prise en compte des différents facteurs d'inégalités sociales afin de mieux maîtriser l'impact différentiel des prochaines pandémies (Quinn, 2014). Les mécanismes, qui se retrouvent dans la crise du Covid-19, sont à la fois une exposition différentielle face au virus, une plus grande fragilité face aux maladies infectieuses ou à ses complications, ainsi qu'un accès inégal aux soins. Le cumul des inégalités face à l'épidémie et face au confinement font ainsi de la crise sanitaire actuelle un fort révélateur d'inégalités sociales. Enfin, la crise économique risque à son tour de creuser les inégalités, avec des conséquences probables à long terme. Ces inégalités font l'objet de nombreuses alertes dans les médias ou par le biais du monde associatif ou de comités d'experts. L'analyse du sujet nécessite une approche transversale, reliant des travaux épidémiologiques, géographiques, démographiques et économiques aux analyses et mesures des inégalités en sciences sociales.

L'objectif de cette note est de faire un premier état des lieux des inégalités sociales dans cette crise sanitaire, de présenter les facteurs d'inégalités sociales actuellement identifiés à partir de la littérature française et internationale et de les documenter et les quantifier si possible dans le contexte français. Après avoir présenté les inégalités sociales face au virus (I), qui se révèlent par des inégalités face à l'exposition, à ses facteurs aggravants, et dans sa prise en charge, elle présente les inégalités sociales face au confinement (II). Le cumul de ces inégalités permet enfin de dresser un premier tableau des populations particulièrement vulnérables, et d'identifier des pistes pour des analyses ultérieures.

■ LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AU VIRUS

Les disparités sociales potentielles étudiées à partir des épidémies de grippe s'articulent autour de trois critères (Blumenshine, 2008) : l'exposition différentielle au virus, la susceptibilité (ou vulnérabilité) différentielle au virus, et l'accès différentiel aux soins (figure 1).

Figure 1 • Le modèle de Blumenshine (2008)



Les inégalités sociales et territoriales dans l'exposition au virus

L'analyse des épidémies passées a mis en évidence l'existence d'inégalités sociales de mortalité (grippe espagnole en 1918 (Mamelund, 2006), grippe en Angleterre en 2012 (Rutter, 2012). Mais il s'avère complexe d'identifier a posteriori si la mortalité plus élevée des populations moins favorisées est due à un taux de mortalité plus élevé après contamination, ou à une incidence plus élevée de la maladie, les deux mécanismes pouvant jouer (Mamelund, 2017).

Le risque d'exposition plus élevé pour certaines activités professionnelles

Les différences liées aux expositions professionnelles apparaissent comme un déterminant important de l'incidence plus élevée dans certaines catégories de populations, que ce soit en raison des **contacts rapprochés avec des malades ou des contacts fréquents** sur le lieu de travail ou des **modes de déplacement**, du fait de la contagiosité élevée du Covid-19.

Une étude sur les disparités spatiales d'incidence du Covid à New-York indique que le secteur d'activité professionnel dominant dans le quartier explique une partie importante des disparités de contamination (Almagro, 2020).

En première ligne, le personnel soignant, en particulier les professionnels en charge de patients infectés constitue la population la plus exposée au virus : il s'agit d'une population majoritairement féminine : 70 % du personnel soignant sont des femmes dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2020), avec une forte hétérogénéité sociale et, pour les médecins en France, une population relativement âgée (cf. note – en cours – de la DREES sur la santé des soignants).

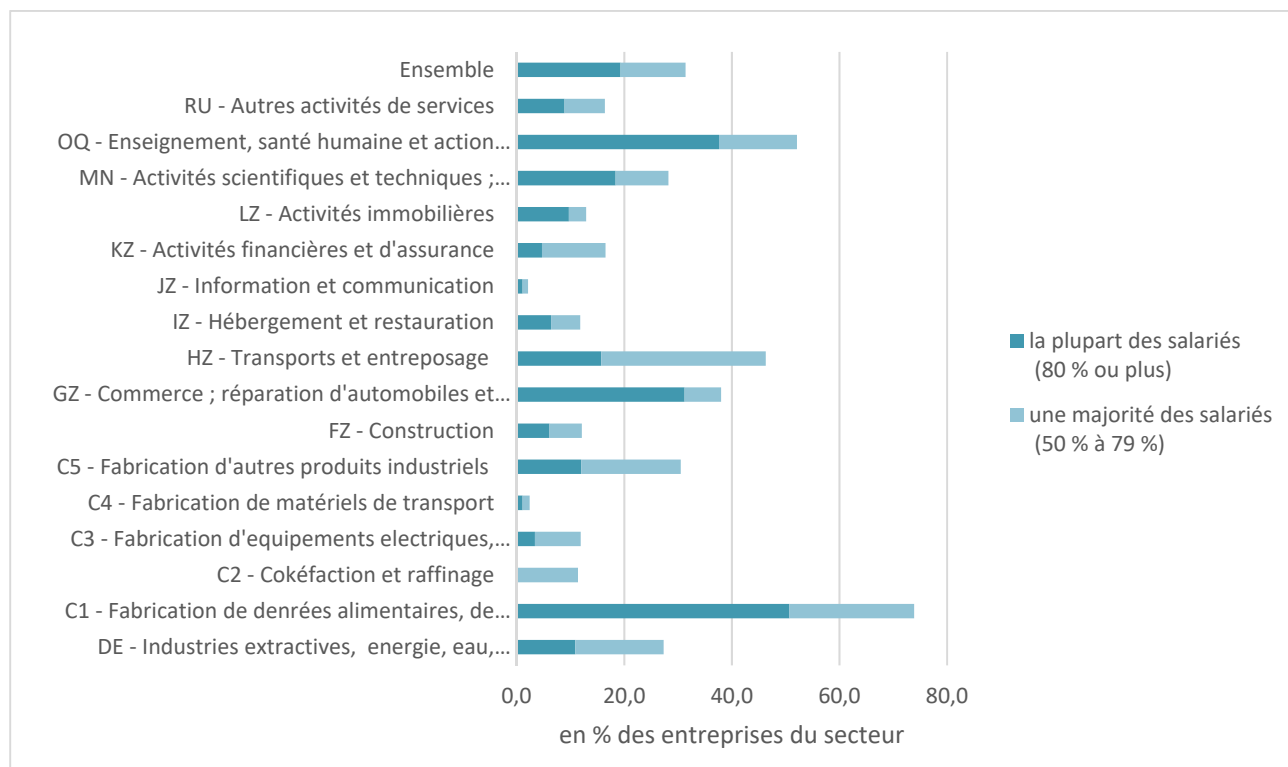
En plus du personnel soignant, deux populations sont soumises au risque de maintenir leur activité et donc d'accroître leur exposition au virus, soit par l'utilité sociale de leurs métiers, soit par la contrainte financière liée à la menace trop forte d'une perte de revenus¹. Dans ce second cas, il va de soi que les travailleurs précaires sont davantage touchés : ils sont soumis de façon plus prégnante à l'arbitrage entre un risque économique et un

¹ « How COVID-19 is laying bare inequality », Enrico Bergamini (2020), Brueghel.

risque pour leur santé. En outre, le télétravail est moins développé pour les métiers non qualifiés que les métiers qualifiés ce qui impose une contrainte d'exposition plus forte pour les travailleurs du bas de l'échelle sociale².

Une enquête flash de la DARES menée du 1^{er} au 10 avril 2020³ documente la question de la continuité de l'activité depuis la période de crise. Elle montre que **27 % des salariés travaillaient encore sur site** au 31 mars, avec une répartition très inégale par secteur (figure 2).

Figure 2 • Part des entreprises dont la majorité des salariés travaillent sur site pendant le confinement selon le secteur d'activité



Champ > salariés du privé hors agriculture, particuliers employeurs et activités extraterritoriales ; France (hors Mayotte).
Source > Dares, enquête Acemo Covid, avril 2020.

Parmi les secteurs ayant le plus de salariés qui travaillent encore sur site fin mars, on trouve le secteur de l'industrie agro-alimentaire (plus de 50 %), celui de la santé et de l'action sociale (plus de 40 %), des transports, des industries autour des énergies et du commerce (plus de 30 %). Fin avril,⁴ un tiers des travailleurs étaient sur site contre un peu plus d'un quart fin mars, avec une nette augmentation en particulier dans le secteur de la construction et de la fabrication de biens d'équipements et d'autres produits industriels. Cela rejoint en grande partie⁵ l'observation concernant les quartiers les plus touchés par le Covid à New-York, dont les secteurs d'activité majoritaires parmi les résidents sont les transports, l'industrie, les ressources naturelles, et la construction (Almagro, 2020). En revanche, l'enquête DARES ne concerne que les salariés du privé et dans des entreprises de 10 salariés ou plus, et ne permet pas de connaître la situation des indépendants et auto-entrepreneurs qu'il faudrait aussi documenter, de même que celle des agents de la fonction publique. Il apparaît également central de documenter ces différences professionnelles sous l'angle des différences de genre. D'après l'enquête COCONEL de l'Ined, les femmes sont plus touchées par l'arrêt du travail et sont autant en télétravail que les hommes, mais dans de moins bonnes conditions (Lambert et al., 2020).

² La sociologue Dominique Méda évoque à ce sujet en France en premier lieu les « caissières, livreurs, travailleurs dans les entrepôts ou du secteur du bâtiment » ("Il faut revoir l'échelle de la reconnaissance sociale et de la rémunération des métiers", 28/03/2020, France Culture).

³ https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares_acemo_covid19_synthese_17-04-2020.pdf

⁴ https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares_acemo_covid_synthese_mai_2020.pdf

⁵ En grande partie et non complètement, car, au moins au début du confinement, l'activité dans le secteur du BTP a été très faible en France, contrairement à ce que rapporte l'étude concernant l'activité à New-York.

Enfin, la nécessité d'utiliser les transports en commun de manière répétée et prolongée est plus importante en milieu urbain et peut se cumuler avec l'exposition professionnelle lorsque le maintien de l'activité sur site est obligatoire, selon le lieu de vie. Peu d'études sont encore disponibles sur ce sujet, mais une étude sur les caractéristiques de la population francilienne (Mangeney, 2020) montre que les personnes travaillant dans les secteurs-clés dont l'activité a le plus souvent été maintenue pendant le confinement, appelés les « travailleurs-clés »⁶, sont surreprésentés en Seine-Saint-Denis par rapport au reste de la région (12 % contre 7 % à Paris). Or, la moitié de ces travailleurs-clés travaille en dehors du département, et doit donc effectuer des déplacements pour travailler. Toujours d'après l'enquête COCONEL de l'Ined, parmi ceux qui travaillent pendant le confinement, seuls un tiers des cadres ont été obligés de sortir de chez eux contre trois quarts des employés et 96 % des ouvriers (Lambert et al., 2020).

L'exposition à la contamination liée aux conditions de vie et la promiscuité

Le risque de contagion est également plus élevé pour les personnes vivant dans des **logements collectifs ou établissements fermés**, en raison du partage de lieux collectifs et de la circulation du personnel qui accroît les risques de contamination :

- Maisons de retraite / EHPAD (Drinka, 2004),
- Établissements d'hébergement pour personnes handicapées type MAS/FAM,
- Foyers et résidences sociales (protection de l'enfance, hébergement social, établissement d'accueil des demandeurs d'asile, foyers de travailleurs migrants...),
- Prisons (Kinner et al, 2020), camps de réfugiés et centres de rétention administrative, bidonvilles...

Il concerne d'autre part les situations en mal logement et notamment de surpeuplement, ainsi que les **sans-domiciles**.

De manière plus générale, les conditions de logement peuvent avoir un impact sur la transmission du virus entre les personnes vivant dans le même foyer comme pour d'autres maladies infectieuses (Baker, 2008) : si le risque de transmission du virus est important entre les personnes d'un même foyer (Rosenberg, 2020), en cas de contamination de l'une d'entre elle, les possibilités d'isolement et de respect des mesures de distanciation peuvent s'avérer impossibles à mettre en place selon les caractéristiques du logement et son degré de surpopulation (en particulier pour les familles en hébergement transitoire hôtelier ou vivant dans des conditions de promiscuité forte).

Le risque de contamination dépend enfin de l'accès aux mesures de protection

Cet accès dépend des conditions matérielles pour s'approvisionner en moyens individuels de protection (masques, eau, produits d'hygiène) mais aussi de la bonne compréhension de l'efficacité des mesures de prévention. À cet égard, comme pour tout message de prévention, outre la qualité de la communication de ces messages⁷ (clarté, cohérence, diffusion, etc.), le niveau de littératie (langue, compréhension) et de littératie en santé (Svendsen and al., 2020), la perception des risques, ou encore la confiance vis-à-vis des autorités sanitaires vont intervenir sur la compréhension des messages et leur application. De façon générale, les inégalités sociales face à l'accès et l'application des mesures de prévention sont largement établies dans la littérature (OCDE, 2019, Nagata, 2013, Ouedreago, 2015).

⁶ Les « travailleurs-clés » sont définis dans l'étude comme les personnes « à qui il est demandé de poursuivre leur activité professionnelle en période de confinement », à savoir les professionnels des services de santé, mais également les commerces alimentaires, les industries pharmaceutiques, les services informatiques, les forces de l'ordre, les pompiers, les conducteurs de transports publics, la poste, les activités de traitement des eaux, de ramassages des déchets, de nettoyage, de services funéraires, de logistique, de livraison, ainsi que les activités liées à la distribution énergétique (électricité, pétrole, gaz) et les métiers de la construction ou du transport public.

⁷ Un enjeu spécifique est celui de la traduction systématique en « facile à lire et à comprendre » (FALC), à destination de personnes ayant un handicap mental.

Une première exploitation des données du baromètre CoviPrev mis en place par Santé publique France⁸ a permis de montrer que le fait d'être un homme et un faible niveau de littératie en santé étaient associés à une moindre adoption des mesures de protection (mesure d'hygiène et mesures de distanciation physique). Ces données montrent également que l'adoption des différentes mesures a plutôt diminué entre début avril et début mai (sur une période de confinement), hormis le port du masque en public, devenu plus fréquent. Ces résultats restent à consolider, notamment dans un contexte particulier de messages changeants (concernant par exemple l'usage des masques pour le grand public), de campagne de prévention sur les « gestes barrière » en France, et de sortie du confinement. L'ampleur de l'épidémie et des messages préventifs se seront probablement accompagnées d'un changement massif des comportements : on a pu par exemple observer que lors de l'épidémie de SRAS en 2003, entre 60 et 75 % de la population à Hong Kong a adopté des comportements préventifs (lavage de mains régulier ou nettoyage des intérieurs) (Lau et al., 2005). Dans quelle mesure les populations plus fragiles, pouvant cumuler des mauvaises perspectives, une défiance envers les institutions, des conditions de vie dégradées et un isolement social, sont-elles réceptives à ces messages et en mesure de les appliquer ? Cette question mériterait d'être documentée de près. L'enquête EpiCov pourra être mobilisée à cette fin, puisqu'elle contient un module sur l'application des gestes barrière et l'utilisation des masques.

Des inégalités sociales et territoriales dans la vulnérabilité face au virus : disparités sociales des facteurs aggravants

D'après la littérature sur le Covid-19, on identifie plusieurs **facteurs aggravant de la pathologie** : l'âge avancé, mais aussi certaines **comorbidités** (obésité, hypertension artérielle, diabète, maladies coronariennes, pathologies pulmonaires chroniques), ces deux facteurs se cumulant avec une augmentation de la proportion de personnes atteintes d'une ou de plusieurs pathologies à risque avec l'âge.

Ainsi, le Haut Conseil de santé publique (HCSP, 2020) dresse une liste des personnes considérées à risque de développer une forme grave de Covid-19. Elle est construite à partir des premières analyses disponibles sur les co-morbidités aggravantes pour les patients atteints du Covid et admis en unité de soins intensifs dans différents pays⁹, ainsi qu'à partir des données connues sur les risques pour les autres infections respiratoires.

La liste est la suivante :

- Selon les données de la littérature sur le Covid-19:
 - les personnes âgées de 65 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
 - les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV* ;
 - les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications* ;
 - les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
 - les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
 - les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
 - les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) $> 30 \text{ kgm}^{-2}$) ;

* compte tenu de l'expérience de terrain des réanimateurs auditionnés (données non publiées).
- En raison d'un risque présumé de Covid-19 grave
 - les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise : o médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
 - infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 $< 200/\text{mm}^3$;
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules-souches hématopoïétiques ;

⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-le-confinement>

⁹ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-eighth-update-8-april-2020.pdf>

- liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
- les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
- les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

Si on prend en compte le **gradient social lié à ces différentes maladies**, on peut imaginer qu'il existera également des inégalités sociales dans le développement et la gravité du coronavirus. En attendant de pouvoir mener de telles études spécifiques au Covid, une bonne documentation du gradient social dans les facteurs aggravants du coronavirus permet de cerner les populations les plus à risque.

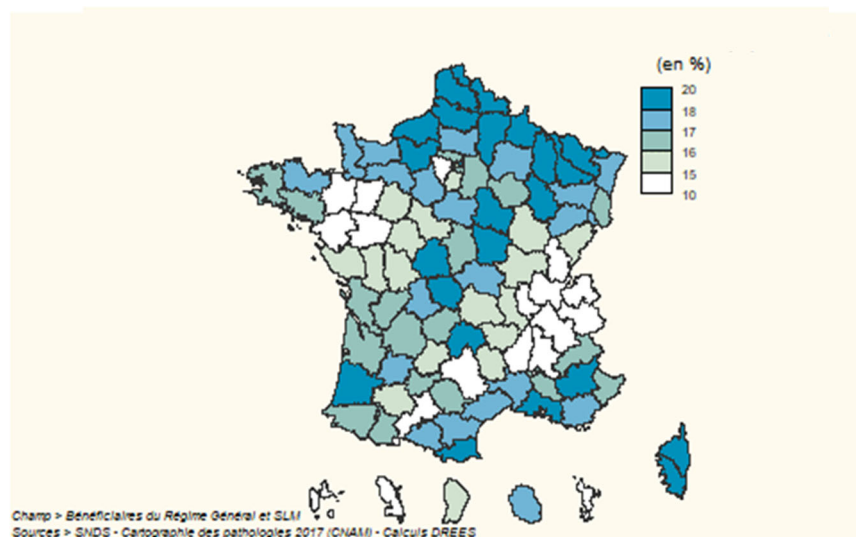
L'inégale répartition des comorbidités aggravantes : une analyse de la prévalence des pathologies en France

Une exploitation spécifique du Système national des données de santé (SNDS) par la DREES permet d'estimer, à partir des consommations de soins, le nombre de personnes concernées par **au moins un des facteurs de risque** dans un périmètre proche de la liste émise par le HCSP (hors obésité et grossesse), et la part qu'elles représentent dans la population, à un niveau départemental, régional ou national.

En 2017, 15 % de la population française est prise en charge pour au moins un des facteurs de risques pathologiques de développer une forme grave de Covid, 26 % en ajoutant le fait d'avoir 65 ans ou plus comme facteur de risque. Cela représenterait 9,9 millions d'individus avec un facteur de risque pathologique et 17,8 millions en ajoutant le fait d'avoir 65 ans ou plus¹⁰.

La structure par âge de la population des départements entraîne des disparités départementales. L'analyse par tranche d'âge révèle par ailleurs que **les Hauts-de-France, la Normandie, le Grand-Est, la Réunion ainsi que la Corse sont les régions dont la population de 45 ans ou plus présente le plus de risques de développer des formes graves de Covid** ainsi que, dans une moindre mesure les départements du centre de la France et du pourtour méditerranéen (carte 1)¹¹.

Carte 1 • Part de la population départementale présentant des facteurs de risque de Covid-19 grave parmi les 45-64 ans



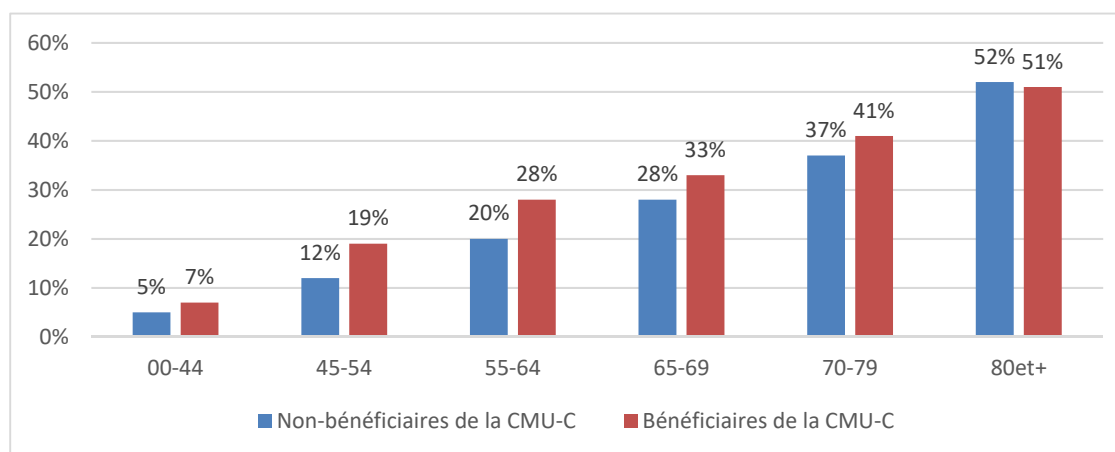
¹⁰ Pour ces estimations, la part de la population concernée calculée à partir des bénéficiaires du régime général et des sections locales mutualistes a été standardisée sur la structure d'âge de la population tous régimes puis appliquée à la population totale estimée au 1^{er} janvier 2020.

¹¹ Les données pour la Guyane (9 %) et Mayotte (5 %) sont à prendre avec précaution en raison d'une moindre prise en charge des soins qui pourrait conduire à une sous-estimation de la population à risques, même si la population particulièrement jeune de ces départements peut aussi expliquer le faible niveau de l'indicateur.

Le SNDS contient peu d'informations décrivant la situation socio-économique des bénéficiaires, limitant l'analyse des inégalités sociales et socio-territoriales face au risque de formes graves de Covid-19. Il est néanmoins possible d'approcher la situation des individus par l'analyse des droits sociaux auxquels accèdent les assurés, en particulier les personnes bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que par le niveau social de leur commune de résidence décrit par l'indice de désavantage social¹².

Dans une même tranche d'âge, la population bénéficiaire de la CMU-C est associée à un risque plus élevé de forme grave de Covid-19 que le reste de la population : 23 % des bénéficiaires de la CMU-C âgés de 45 à 64 ans sont pris en charge pour une des pathologies aggravantes du Covid, contre 16 % des non-bénéficiaires de la CMU-C du même âge (figure 3).

Figure 3 • Part de la population à risque de pathologies aggravantes selon le recours à la CMU-C et la tranche d'âge



Champ > Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie et de sections locales mutualistes, France entière (hors Mayotte).
Source > SNDS (CNAM) – Cartographie des pathologies 2017 ; Calculs DREES.

Dans les communes les plus socialement défavorisées, la part des résidents pris en charge pour une pathologie aggravante est de 16% alors qu'elle n'est que de 13 % dans les communes les plus favorisées (figure 4). Ce gradient est le même en prenant en compte aussi l'âge comme facteur de risque.

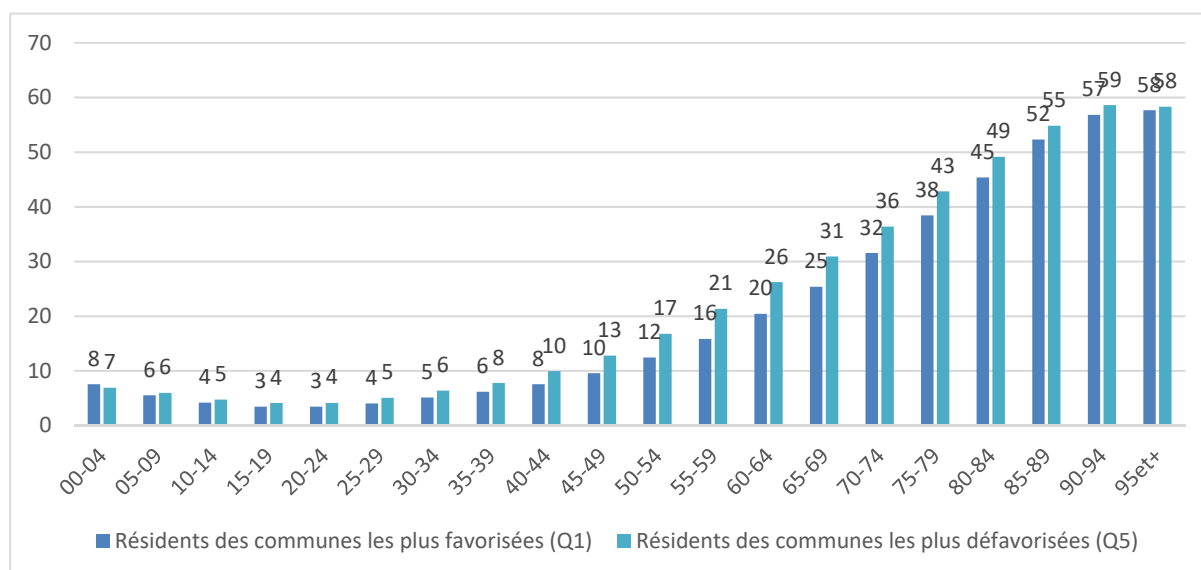
Pour les bénéficiaires de la CMU-C comme pour les résidents des communes socialement les plus défavorisées, les inégalités sociales se creusent à partir de 45 ans. Le gradient est le plus fort autour de 60 ans, et se réduit avec l'avancée en âge et l'augmentation générale du nombre de personnes avec des maladies chroniques aggravantes, en lien probable avec les différences de mortalité selon la catégorie sociale et le genre (mortalité prématurée plus importante chez les personnes socialement défavorisées et chez les hommes).

¹² **L'indice de désavantage social** une mesure écologique (ou contextuelle) : il caractérise le niveau socio-économique de la commune dans laquelle résident les habitants. Dans le SNDS, le French Deprivation index (FDep) (Rey, 2009) est défini comme l'opposé de la première composante d'une analyse en composantes principales (ACP) sur les quatre variables centrées et réduites suivantes (2013) :

- Revenu fiscal médian par unité de consommation ;
- Part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée ;
- Part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans.

Part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans.

Figure 4 • Part de la population à risque de pathologies aggravantes selon le quintile de défavorisation de la commune et la tranche d'âge



Champ > Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie et de sections locales mutualistes, France entière (hors Mayotte).
Source > SNDS (CNAM) – Cartographie des pathologies 2017 ; Calculs DREES.

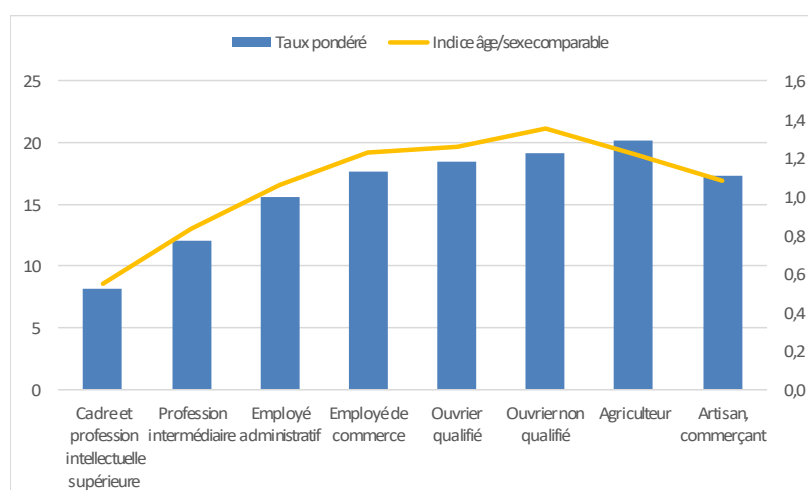
Ces résultats confirment un gradient social pour plusieurs pathologies déjà documenté. Par exemple, la **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** conduit à des hospitalisations pour exacerbation standardisées sur l'âge qui **augmentent avec l'indice de désavantage social de la commune** de résidence (DREES-Santé publique France, 2017). Le diabète est également assez nettement marqué par un gradient social et des inégalités territoriales fortes. **La prévalence du diabète traité est la plus élevée dans les départements d'outre-mer**, jusqu'à deux fois plus élevée que la moyenne nationale (DREES-Santé publique France, 2017). L'hypertension artérielle, dont la prévalence est élevée (31 % chez les 18-74 ans en 2015 d'après Perrine A.L. et al., 2018), serait inversement liée au niveau du dernier diplôme obtenu (Godet Thobie, 2008). Après ajustement sur l'âge, l'indice de masse corporelle, la consommation d'alcool et de tabac, on ne mettait plus en évidence d'association entre HTA et niveau de diplôme chez les hommes. En revanche, cette association subsistait chez les femmes. Au final, **les inégalités sociales face à l'hypertension artérielle sont donc présentes, mais elles apparaissent moins marquées que dans le cas d'autres pathologies identifiées comme des facteurs de risques du Covid.**

Les inégalités sociales dans la prévalence de l'obésité

Les statistiques sur l'obésité sont principalement établies à partir de données déclaratives en France. L'obésité est définie chez les adultes par un seuil d'IMC¹³ supérieur à 30 (seuil OMS). En 2014, 15 % des français (métropolitains) étaient en situation d'obésité d'après l'enquête EHIS 2014. Cette situation varie fortement selon les catégories socioprofessionnelles, au détriment, notamment, des ménages d'ouvriers (figure 5).

¹³ Indice de masse corporelle : poids / taille².

Figure 5 • Fréquence de l'obésité selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage



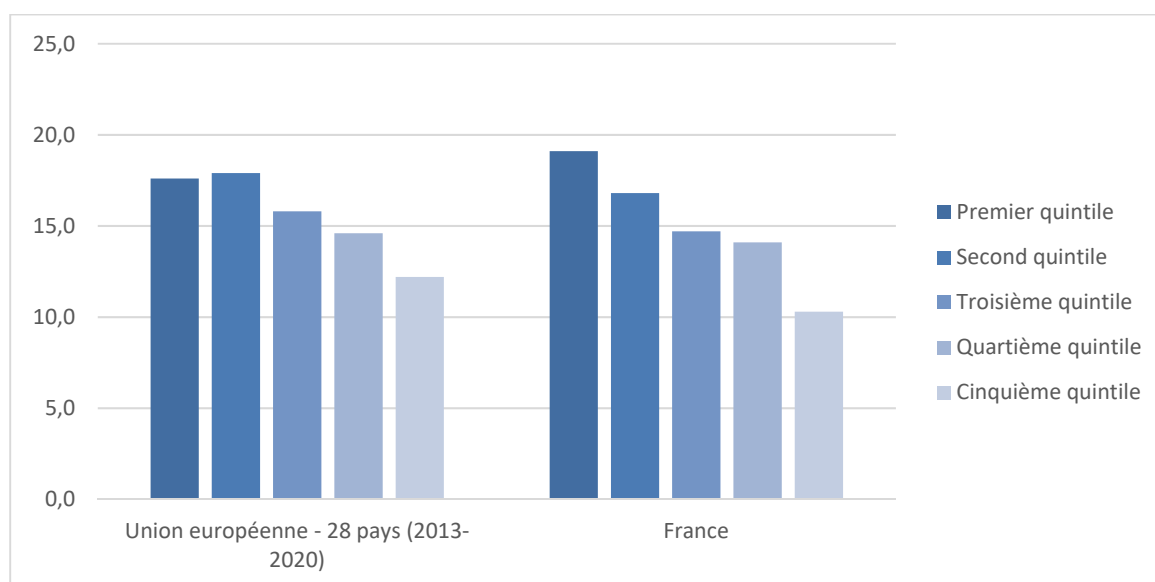
Lecture > 8 % des 15 ans ou plus vivant dans des ménages dont la personne de référence est cadre ou profession intellectuelle supérieure sont en situation d'obésité. À structure d'âge et de sexe comparable, la proportion de personnes obèses parmi les personnes vivant dans des ménages de cadres vaut 0,55 fois la proportion observée dans l'ensemble de la population.

Champ > Population âgée de 15 ans ou plus résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > DREES-IRDES, EHIS-ESPS 2014.

Au niveau européen, la France est un des pays où ces inégalités sociales sont les plus marquées : en 2014, la prévalence de l'obésité parmi les personnes dans le premier quintile de revenu (19,1 %) est supérieure de 8,8 points à celle des personnes dans le dernier quintile de revenu (10,3 %) (figure 6). Seuls Malte, la Slovaquie, et l'Espagne ont des inégalités plus marquées avec des écarts respectifs de 13, 11,9 et 9,5 points entre le premier et le dernier quintile de revenu. Dans l'ensemble de l'Union européenne, 17,6 % des personnes du premier quintile de revenu sont en situation d'obésité, soit 5,4 points de plus que les personnes du dernier quintile.

Figure 6 • Fréquence de l'obésité selon le quintile de revenu en France et en Union Européenne

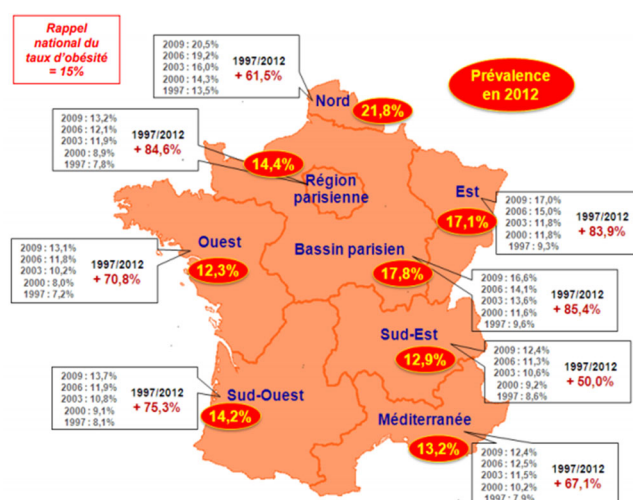


Champ > 15 ans et plus, personnes avec un IMC supérieur à 30.

Source > EHIS 2014 (Eurostat).

Cette enquête est la plus récente dont nous disposons pour ces données, mais elle ne permet pas d'obtenir une déclinaison régionale (échantillon trop petit), contrairement à l'enquête Obépi-Roche menée en 2012 par l'INSERM (INSERM, Kantar Health, Roche, 2012). Dans cette enquête la prévalence nationale de l'obésité était déjà de 15 %. Les prévalences régionales révèlent que **le Nord, l'Est et le bassin parisien** sont les régions avec les prévalences les plus élevées en France métropolitaine (carte 2).

Carte 2 • Prévalence de l'obésité par région et selon son évolution depuis 1997



Source > Enquête INSERM Obépi-Roche (2012)¹⁴.

Le risque de pathologie aggravante ou d'obésité selon la prise en compte de différentes caractéristiques socio-territoriales

La plupart des pathologies identifiées comme des comorbidités aggravantes du Covid-19 sont susceptibles d'affecter davantage les populations les plus précaires. Ce constat invite à traiter des inégalités sociales face au risque de développer une forme grave du Covid-19 en complétant les effets âge, sexe et région par d'autres facteurs socio-démographiques.

L'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie de l'Insee (SRCV 2017) et l'enquête santé et protection sociale (EHIS 2014) menée par la DREES et l'Irdes sont ici mobilisées. Ces enquêtes auprès des personnes de 15 ans et plus vivant en ménage ordinaire ne permettent pas une déclinaison géographique aussi fine que les remontées du SNDS. Par ailleurs, si ces données d'enquête permettent, comme le SNDS, d'identifier les personnes souffrant de la plupart des comorbidités aggravantes face au Covid-19, le cancer ne figure pas parmi les maladies listées. Enfin, les informations sur la santé reposent ici principalement sur des données déclaratives, avec potentiellement les biais déclaratifs associés. La prévalence de comorbidités est ainsi un peu plus élevée dans les données d'enquête que dans le SNDS : sur un champ comparable, parmi les plus de 15 ans, sans considérer le cancer, ni l'hypertension qui est très fréquente et pour laquelle il n'est pas possible de distinguer l'hypertension sévère dans les enquêtes, les comorbidités associées au Covid sont estimées à hauteur de 15,2 % dans le SNDS, elles atteignent près de 20 % dans ESPS sur le même champ (et près de 30 % en incluant l'hypertension) (annexe 1).

Néanmoins, en complément des travaux sur le SNDS, ces enquêtes présentent l'avantage de pouvoir identifier l'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30), facteur aggravant face au Covid-19 (HCSP, 2020), qui concerne davantage la population de moins de 65 ans que les autres comorbidités (CES, 2020). Par ailleurs, ces enquêtes renseignent sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes âgées de 15 ans et plus. Cette note mesure, en complément de l'âge, du sexe, et de la région d'habitation, les effets propres des caractéristiques du ménage sur différents indicateurs de santé des individus : catégorie socio professionnelle de la personne de référence, type de ménage, et niveau de vie.

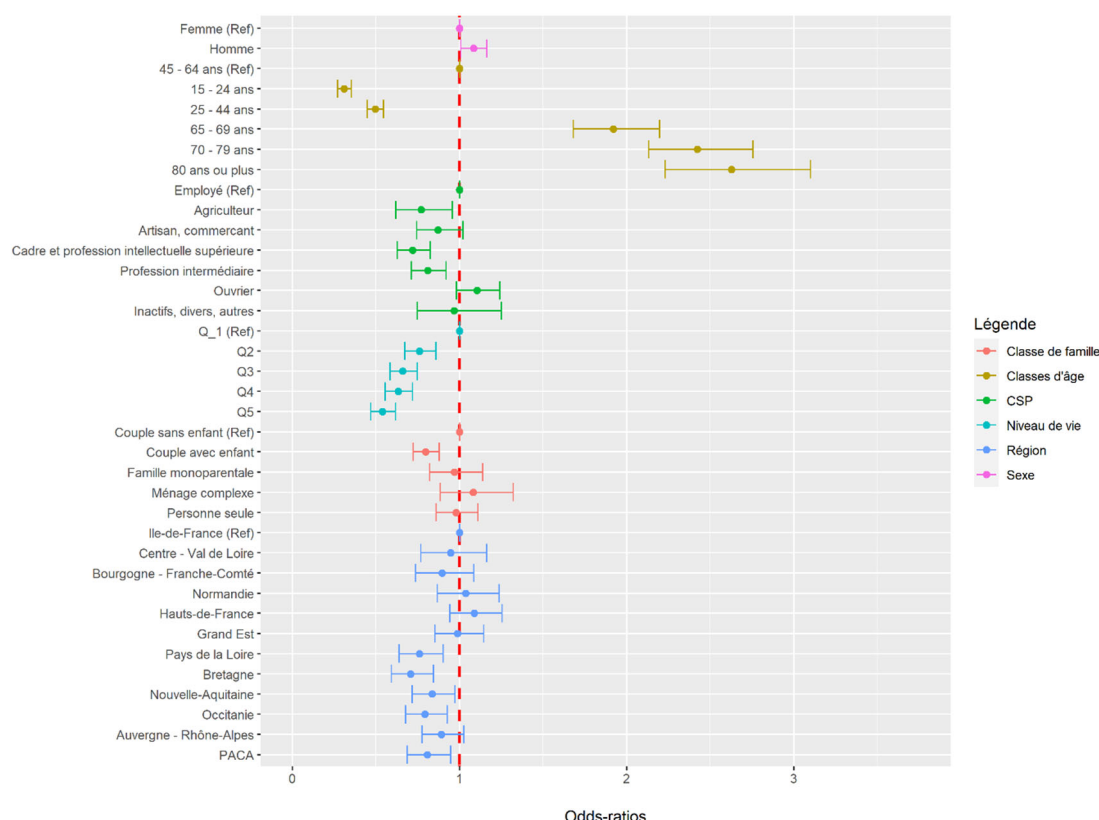
Outre l'âge, les déterminants socio-économiques sont fortement corrélés à la probabilité de souffrir d'une maladie associée à un risque de comorbidité lié au Covid-19, ou d'obésité (figure 7). Ainsi, les agriculteurs, les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires ont moins de risque de souffrir d'une comorbidité Covid ou d'obésité que les employés (les différences avec les employés ne sont pas signifi-

¹⁴ https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

tives pour les ouvriers et les artisans et commerçants). Le risque est d'autant plus élevé que le niveau de vie est faible : les personnes du premier quintile de revenus ont, toutes choses égales par ailleurs, 1,5 fois plus de risques d'avoir une de ces comorbidités que celles ayant les revenus les plus élevés (5^e quintile). Enfin, des différences régionales subsistent, même après contrôle des effets de l'âge et des autres caractéristiques : les personnes vivant dans plusieurs régions de l'Ouest et du Sud (Pays de la Loire, Bretagne, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, PACA) présentent un risque inférieur qu'en Île-de-France. Lorsque l'on exclut l'hypertension seule, ces résultats restent très similaires, avec un rôle toujours important de la catégorie sociale et du niveau de vie, toutes choses égales par ailleurs. Les hommes apparaissent alors plus exposés que les femmes. Les gradients régionaux s'observent également, mais de façon moins significative en prenant une autre région que l'Île de France, par exemple le Centre Val de Loire, comme référence.

Au sein de la population âgée de 65 ans ou plus, le risque de souffrir d'une comorbidité aggravante ou d'obésité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et pour les personnes de plus de 70 ans (figure 10, annexe 1). Lorsque ces deux indicateurs sont considérés indépendamment l'un de l'autre, les personnes de plus de 80 ans ont un risque inférieur de souffrir d'obésité, alors que le risque de souffrir de comorbidités augmente avec l'âge. **Le risque de souffrir de comorbidités ou d'obésité est plus élevé pour les personnes seules** que pour les personnes en couple sans enfant. Le type de ménage n'a en revanche pas d'effet sur le risque de souffrir d'obésité analysé seul

Figure 7 • Facteurs associés à la probabilité de souffrir d'une comorbidité ou d'obésité (Odds-ratios et intervalles de confiance associés)



Note > L'influence d'une modalité est significative lorsque 1 est en dehors de l'intervalle de confiance à 95 % de l'odd-ratio.

Lecture > Les individus âgés de 15 à 24 ans ont une probabilité significativement inférieure de souffrir d'une comorbidité aggravante ou d'obésité, par rapport aux individus âgés de 45 à 64 ans. Inversement, les individus âgés de 65 ans ou plus ont une probabilité supérieure de souffrir d'une comorbidité aggravante ou d'obésité, par rapport aux individus âgés de 45 à 64 ans.

Méthode > voir annexe 1.

Champ > Individus de 15 ans ou plus, vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Source > EHIS 2014, calculs DREES.

En recourant à une méthode proche pour identifier les personnes vulnérables à partir d'EHIS 2014, l'OFCE et le CES appliquent les probabilités d'être vulnérable (par âge, sexe, statut d'emploi et catégorie socio-professionnelle) à l'enquête emploi pour estimer la part des personnes vulnérables parmi la population en emploi et sans possibilité de télétravail. Selon cette étude, cela concernerait près de 13 % de la population active occupée, soit 3,4 millions de personnes susceptibles d'être placées en activité partielle pour vulnérabilité. Cette population est concentrée parmi les artisans et commerçants, les ouvriers (près de 20 % d'entre eux) et dans une moindre mesure les employés (16%). C'est également le cas des agriculteurs (30 % d'entre eux), même si ceux-ci sont a priori moins souvent en contact avec d'autres personnes sur leur lieu de travail. À l'inverse, les professions intermédiaires seraient moins concernées (10%), et les cadres et professions libérales plus marginalement (2% d'entre eux) (Jusot, Madec et al., 2020).

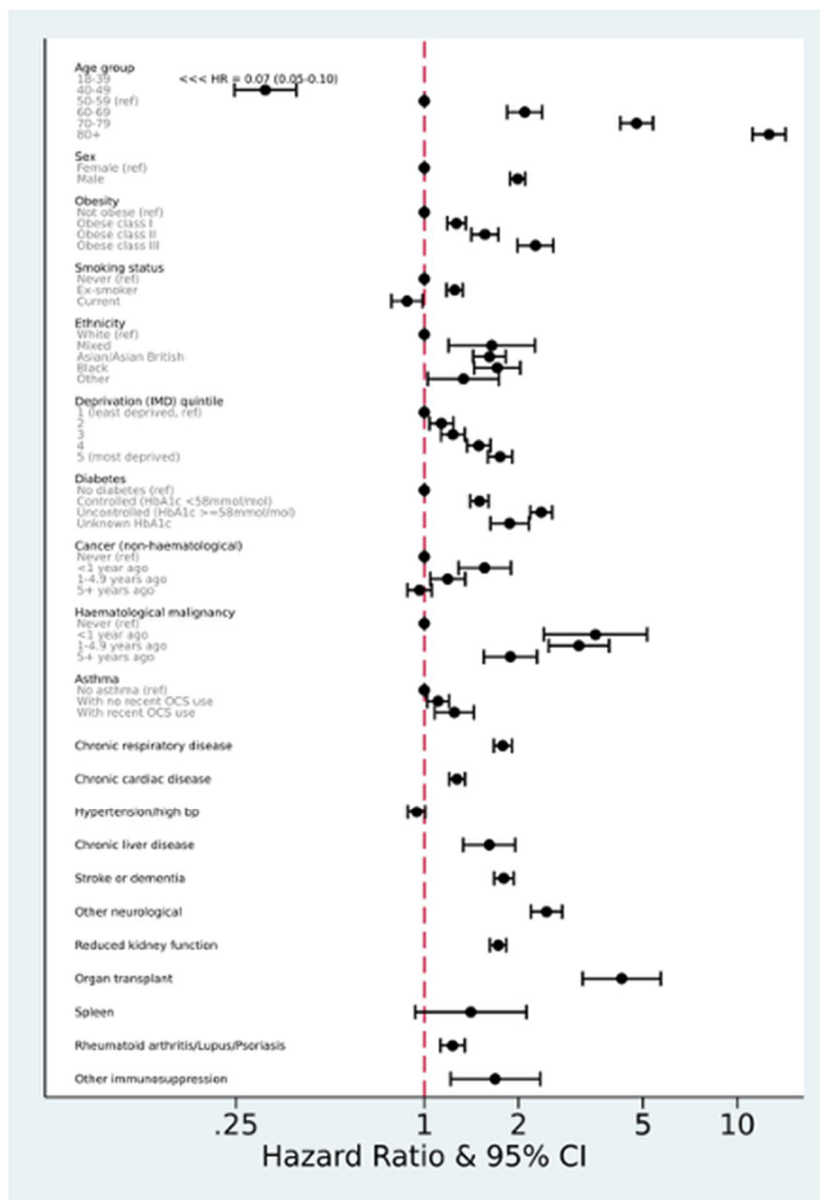
Les inégalités territoriales de surmortalité

L'âge apparaît comme le premier et principal facteur de létalité identifié aujourd'hui, en lien avec l'augmentation de comorbidités aggravantes. En Chine et en Italie par exemple, le taux de létalité ne dépasse 1 % qu'à partir de 50 ans, et atteint 15-20% chez les plus de 80 ans (Onder *et al.*, 2020). Des travaux récents appliqués aux caractéristiques de l'épidémie en France estiment le taux de létalité à 0,7 % en population générale, variant de 0,001 % pour les moins de 20 ans à 10,1 % (IC à 95 % : 6,0–15,6) pour les plus de 80 ans (Salje *et al.*, 2020).

D'après une étude préliminaire des dossiers médicaux des patients du NHS, outre les comorbidités déjà identifiées dans la littérature, le sexe (avec une mortalité plus élevée chez les hommes) et le rôle prépondérant de l'âge, la précarité ainsi que l'origine ethnique apparaissent également comme des facteurs significatifs associés au risque de décès du Covid-19 (Williamson *et al.*, 2020) (figure 8). Des études en Grande-Bretagne et aux États-Unis sont effectivement révélatrices d'une mortalité plus élevée de la population noire, ainsi que de la

population d'origine bangladaise, pakistanaise, indienne ou d'ethnicité mixte en Grande-Bretagne (ONS, 2020), et de la population hispanique et amérindienne aux États-Unis (Garg, 2020). L'absence de statistiques ethniques en France limite notre connaissance sur ces déterminants mais l'enquête Sapris de l'Inserm permettra de croiser des informations sur le Covid avec des informations sur le statut migratoire, disponible dans les cohortes, notamment la cohorte Constances¹⁵. De même, EpiCov permettra d'identifier immigrés et enfants d'immigrés (*ie* la « deuxième » génération).

Figure 8 • Facteurs associés aux décès pour Covid-19 dans les dossiers de patients du NHS



Source > Williamson et al, 2020.

Si l'on manque de données à l'heure actuelle pour documenter plus directement la question des inégalités sociales dans cette épidémie, des premiers résultats sur la mortalité mettent en évidence des régions plus touchées par la crise. Ces régions se recoupent en partie avec celles où les facteurs de comorbidité sont les plus présents. Cependant, aucune causalité directe ne peut être établie, et une grande partie des régions touchées sont aussi celles où ont été localisés les premiers foyers de l'épidémie en France (Oise et Haut-Rhin) et où la densité de population est très élevée (Île-de-France).

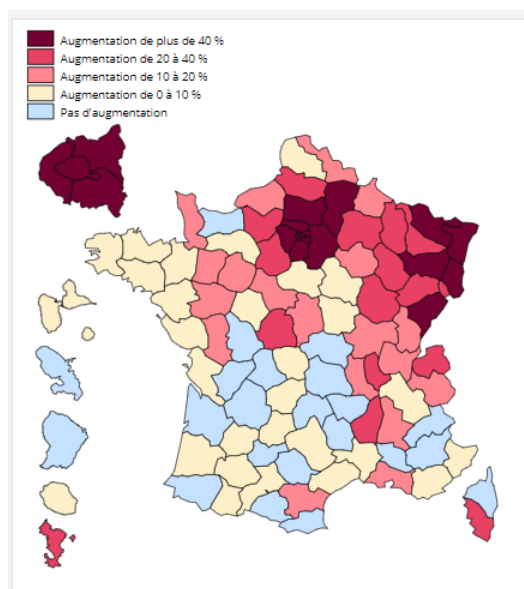
¹⁵ <https://presse.inserm.fr/une-grande-enquete-nationale-pour-etudier-la-sante-et-les-enjeux-sociaux-de-la-pandemie-de-covid-19-et-du-confinement/39099/>

Selon l'analyse réalisée par l'Insee à partir des bulletins de décès de l'état civil, les hommes connaissent dès 75 ans un excédent de mortalité plus élevé que celui des femmes. Il est de 35 % pour les hommes et de 28 % pour les femmes. Les différences d'état de santé général entre les sexes, notamment la proportion plus élevée d'hommes présentant des facteurs de risque (surpoids par exemple), pourraient être une explication de cet excédent de mortalité.

Cette analyse met également en évidence un lien entre surmortalité et densité de population : ainsi « plus le nombre de personnes est important dans un territoire restreint, plus le risque de contacts est grand. C'est dans les communes les plus denses que le surcroît de mortalité est le plus important (+49 % contre +26 % en France) » (Gascard, 2020). Si le Grand-Est puis l'Île-de-France sont les régions les plus touchées (carte 3), la surmortalité n'est pas homogène à une échelle infrarégionale : en Île-de-France, dans la semaine du 16 mars, l'excédent de mortalité le plus élevé est de +51% en Seine Saint Denis et il atteint +290 % dans la semaine du 30 mars, département qui connaît le plus fort excès de mortalité en France, toute semaine confondue. Dans les DOM, Mayotte est le seul département concerné par un très fort excédent de décès en 2020 (+54 % sur l'ensemble de la période), mais sur des effectifs plus réduits. Parmi les communes de plus de 100 000 habitants, Saint-Denis et Mulhouse se distinguent par les plus forts excédents sur la période (+172 % et +165 %), suivies par Strasbourg (+111 %) et Argenteuil (+109 %) puis Paris (+98 %) et Montreuil (+90 %).

Une analyse complémentaire de l'Insee des données de mortalité selon le pays de naissance montre qu'en mars-avril 2020, la hausse des décès a été deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France (Papon, Robert-Bobée, 2020). Cette hausse a été particulièrement forte pour les personnes nées en Afrique et en Asie, avec une surmortalité spécifique avant 65 ans (même si pour toutes les origines, les personnes les plus âgées ont été les plus concernées). Si les données ne permettent pas de mesurer le poids des différents facteurs susceptibles d'expliquer ce phénomène et de conclure à une surmortalité particulière des personnes nées à l'étranger (à âge, sexe, profession, lieu de résidence, etc. donnés), l'analyse pointe certains facteurs ayant pu y contribuer : la concentration importante des personnes nées à l'étranger en Île-de-France - fortement touchée - et dans les communes densément peuplées, l'occupation de logement plus exigu, un usage plus élevé des transports en commun, une surreprésentation parmi les « travailleurs clés », ainsi qu'en sens inverse, la relative jeunesse des personnes nées en Afrique (hors Maghreb) et en Asie.

Carte 1 • Évolution des décès cumulés du 1^{er} mars au 4 mai 2020 rapportés aux décès cumulés du 1^{er} mars au 4 mai 2019 par département



Note > Ensemble des décès, transmis par voie dématérialisée ou par voie papier par les mairies à l'Insee. Compte tenu des délais de transmission et de gestion, l'Insee publie les décès jusqu'au 4 mai. Ces données sont provisoires et seront actualisées chaque semaine.

Lecture > Dans le Gard, le nombre total de décès entre le 1^{er} mars et le 4 mai est en hausse de 10 % entre 2019 et 2020.

Champ > France par département.

Source > Insee, état civil.

Dans le cas d'une mortalité plus élevée, elle peut aussi s'expliquer par les moyens de prise en charge et d'accès aux soins, eux-mêmes traversés par des inégalités sociales.

Des inégalités sociales dans la prise en charge et accès aux soins

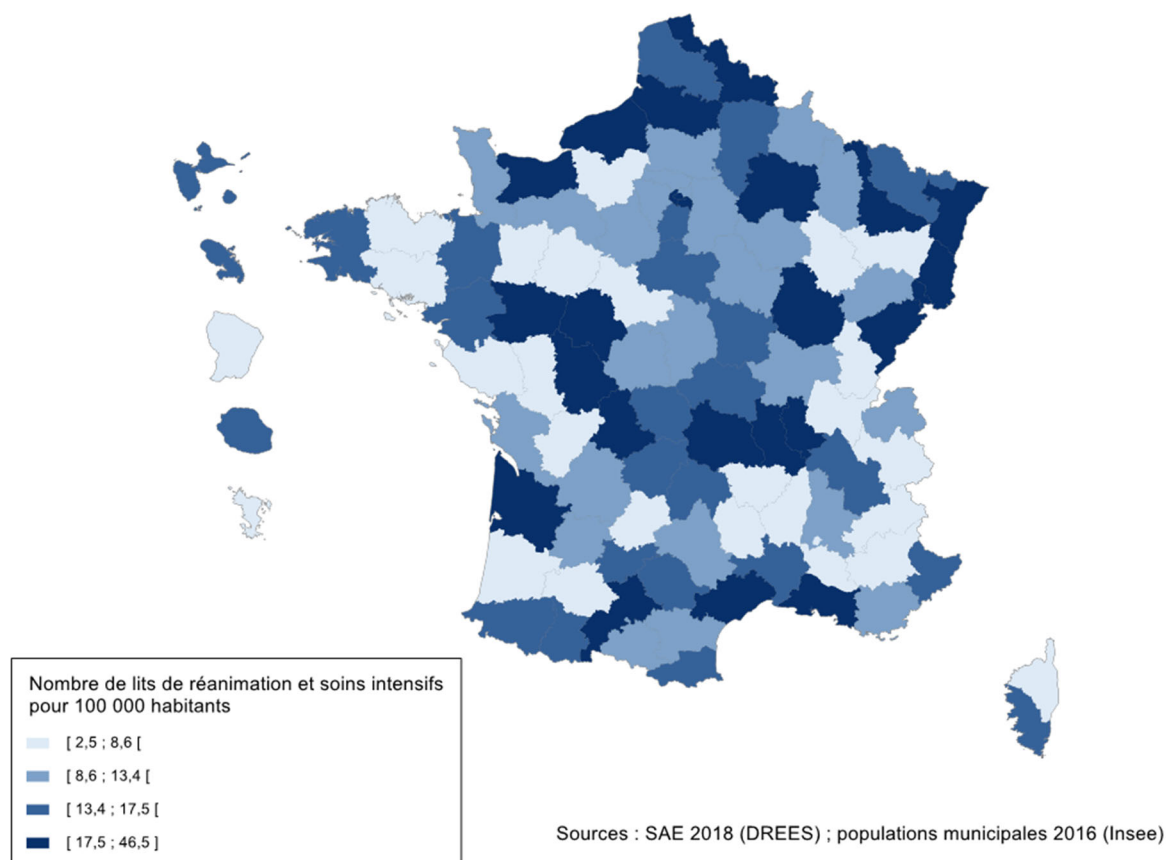
Les disparités d'accès aux soins peuvent prendre différentes formes : problèmes d'accessibilité financière (assurance), géographique (offre de soins), de compréhension du système de soins (littératie en santé) ou technique (télémédecine) ou les cumuler. En période de crise, elles dépendent également de la capacité à accéder à une offre de soins modifiée et de comportements spécifiques comme le renoncement aux soins par peur de la contamination.

Prise en charge du Covid

La prise en charge des patients avec suspicion de Covid a évolué aux différents stades de l'épidémie : dans un premier temps, l'orientation et la prise en charge ont été directement gérées par les SAMU puis, dans un deuxième temps, la prise en charge des patients sans signe de gravité a été organisée sur la base du recours aux médecins généralistes, dans des consultations dédiées ou par visio-consultation. S'il est impossible actuellement de documenter d'éventuelles inégalités de prise en charge en lien avec des difficultés de compréhension ou d'accès au dispositif, leur existence ne peut être écartée, y compris dans le retard à la prise en charge pré-hospitalière en cas de décompensation respiratoire de la maladie pour des personnes isolées ou en situation précaire, celle-ci pouvant s'avérer très rapide. Le système de surveillance des cas graves hospitalisés (Salje, 2020) met en évidence un premier groupe de patients décédant dans les 24 heures après leur admission, pouvant refléter une prise en charge tardive après décompensation.

Comme dans tous les pays européens fortement touchés par l'épidémie, la capacité en lits de réanimation a dû être constamment adaptée à la hausse dans les zones géographiques les plus touchées, y compris en organisant des transferts inter-régions. Hors situation épidémique, la densité en lits de réanimation et de soins intensifs est plus importante dans les grands centres urbains avec de larges zones d'attraction. Le nombre de lits en réanimation/soins intensifs/soins continus varie également beaucoup par département (carte 4).

Carte 2 • Densité des lits de réanimation et de soins intensifs sur la population par département en 2018



Renoncement aux soins pour Covid

L'enjeu de l'accessibilité financière aux soins est crucial en période d'épidémie, y compris dans des pays riches comme les États-Unis où une part importante et croissante de la population ne dispose pas d'assurance (Stiglitz, 2020). Plus de 9 % de la population américaine ne dispose pas d'assurance, contre 1,6 % dans la moyenne des pays de l'OCDE, et moins d'1 % en France (OCDE, 2019).

En France, du fait de l'universalité de l'assurance de base, et des restes à charge modérés pour les consultations de ville, l'enjeu de l'accessibilité financière aux soins pour Covid est moindre (96 % de la population est couverte par une complémentaire santé (Barlet et al., 2019, Fouquet, à paraître), sauf pour les publics très fragiles exclus de l'assurance de base (les sans-papiers non éligibles ou non-recourants à l'aide médicale d'État). Une question est de savoir si les mécanismes habituellement relevés dans la littérature de renoncement aux soins pourraient continuer de jouer dans la crise, conduisant à des détections tardives du Covid. D'après l'enquête SRCV (Insee), le renoncement aux soins médicaux se situe en France dans la moyenne des pays européens¹⁶, mais les personnes pauvres en conditions de vie sont relativement plus nombreuses à renoncer à des soins ou à des examens médicaux : **27 % des personnes ayant renoncé à des soins sont pauvres en conditions de vie, contre 10 % des personnes qui n'ont pas renoncé à des soins**. De plus, les restes à charge à l'hôpital peuvent atteindre des niveaux élevés pour les patients sans couverture complémentaire ayant des séjours longs. En l'absence d'exonération du ticket modérateur pour les séjours Covid, la charge financière de ces séjours pourrait donc être importante pour les patients non couverts par une complémentaire santé. Rappelons en effet que le principal motif de renoncement à l'assurance complémentaire est le manque de moyens financiers. Parmi les personnes non couvertes, 30 % indiquent ne pas être couvertes par manque de moyens. Leur niveau de vie

¹⁶ [Les dépenses de santé en 2017](#), Panoramas de la DREES.

mensuel moyen est inférieur de 700 euros à la moyenne française et la moitié d'entre elles font partie des 20 % de ménages les plus modestes (Fouquet, à paraître). Cette charge financière anticipée pourrait expliquer des non-recours ou des recours tardifs. Ces questions devraient pouvoir être analysées prochainement avec l'enquête Coclico menée par l'Irdes, dont la 2^e vague traitera de l'accès aux soins.

L'ensemble de ces facteurs d'exposition, de vulnérabilité vis-à-vis de facteurs aggravants et d'accès aux soins a été étudié à l'échelle des EPCI permettant de définir une typologie des territoires et de leurs fragilités vis-à-vis du Covid19 (FNORS, 2020).

■ LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AU CONFINEMENT

Continuité de la prise en charge des autres problèmes de santé

Une inquiétude concerne la baisse du recours aux soins pour d'autres problèmes de santé que le Covid : sur les trois premières semaines du confinement, **l'Assurance maladie a observé une diminution de l'activité de 40 % pour les médecins généralistes et de 50 % pour les spécialistes¹⁷**. Cette diminution du recours aux soins peut résulter d'une baisse de la fréquence de certains problèmes de santé liés aux conditions exceptionnelles du confinement (effets de la baisse de la pollution ou chute des accidents de la route par exemple), mais des premiers résultats montrent **qu'elle a également concerné des soins chroniques ou urgents, dont la diminution est plus probablement liée à un renoncement aux soins en lien avec la crainte d'être contaminé dans un lieu de soins, à des difficultés à se repérer dans un système de soins modifié par la crise, en particulier par le report de soins de certaines spécialités médicales**.

Pour les soins de ville, l'Assurance maladie a ainsi constaté que la baisse du recours était identique pour les personnes en ALD et pour le reste de la population¹⁸. Une enquête réalisée par la DREES auprès des médecins généralistes sur la continuité de leur activité pendant le confinement montre par ailleurs que les demandes de consultation pour d'autres motifs que le coronavirus, comme le suivi de maladies chroniques, le suivi pédiatrique ou le suivi de grossesse ont chuté de plus de 50 % par rapport à l'activité courante pour près d'un médecin généraliste sur deux (Monziols, 2020). La chute des consultations de suivi ou de renouvellement d'ordonnance de patients atteints de maladie chronique est la plus importante, mais elle peut en partie s'expliquer par le renouvellement automatique des ordonnances en pharmacie. En revanche, la baisse du nombre de consultations de suivi pédiatrique peut avoir conduit à un retard dans le calendrier vaccinal. L'analyse des délivrances de médicaments de ville durant le confinement met d'ailleurs en évidence, d'une part, un phénomène de « stockage » des traitements de pathologies chroniques en début de période et, d'autre part une très forte diminution de produits qui nécessitent une administration par un professionnel de santé, notamment les vaccins (Weill et al, 2020).

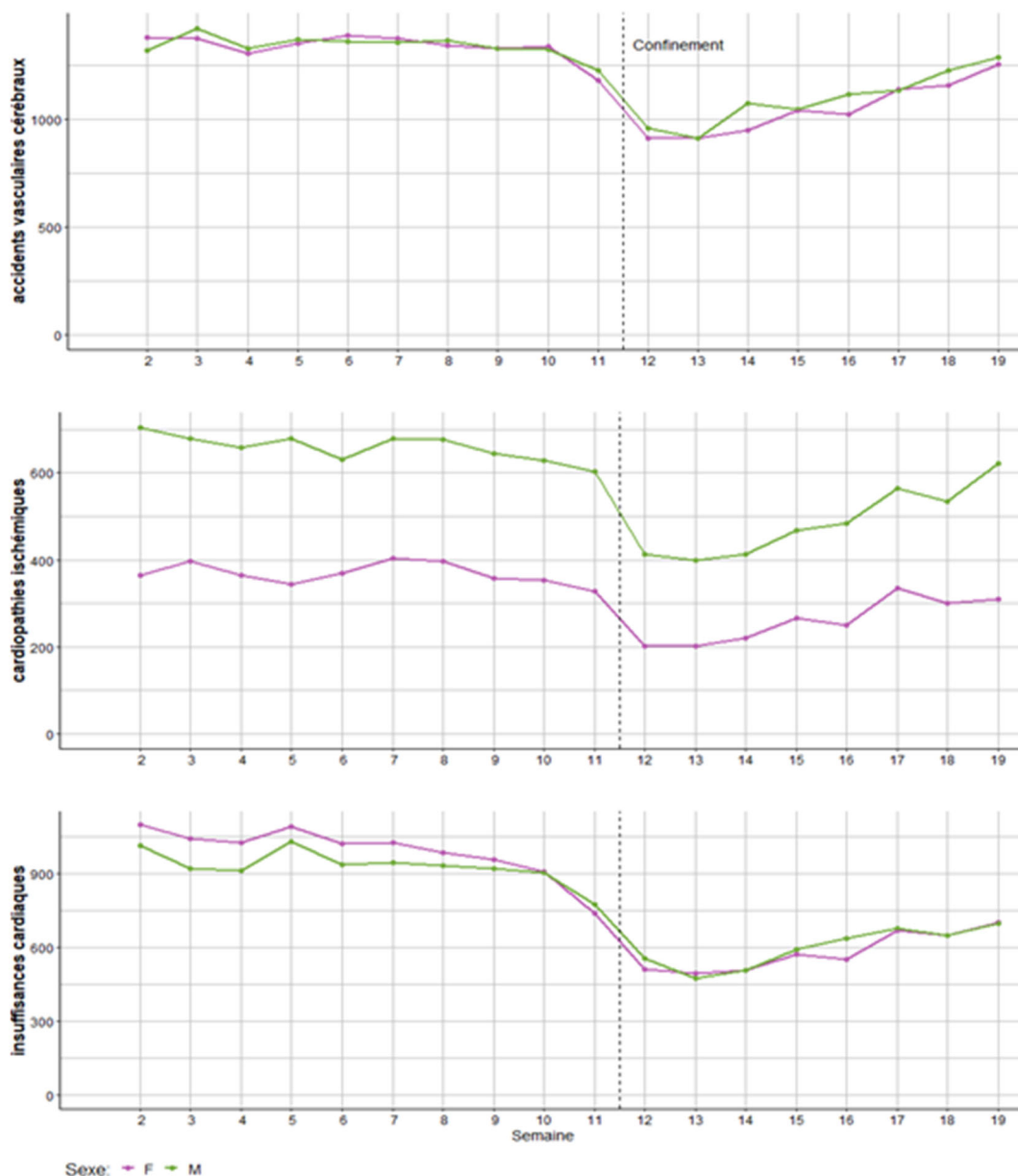
Par ailleurs, des premières publications internationales mettent également en évidence un retard à la prise en charge hospitalière de pathologies urgentes ou mettent en garde contre les risques induits par les retards à la prise en charge (Rodriguez-Leor, 2020, Baracchini, 2020).

L'étude des passages aux urgences pendant la période de confinement (Oscour, Santé publique France, exploitations DREES) montre une **chute majeure des recours aux urgences pour des pathologies à risque vital ou de séquelles irréversibles** comme les cardiopathies ischémiques ou les accidents vasculaires cérébraux : pour les cardiopathies ischémiques, la baisse est de 44 % chez les femmes et de 39 % chez les hommes pendant les premières semaines de confinement en comparaison avec la moyenne du nombre de passages en début d'année (figure 9). Pour les AVC, cette baisse est respectivement de 30 % chez les femmes et de 28 % chez les hommes. Après cette forte chute, une remontée lente est observée au cours des semaines suivantes, sans cependant atteindre le niveau observé antérieurement.

¹⁷ Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) devant la Commission des affaires sociales du Sénat, le 15 avril 2020.

¹⁸ Ibid.

Figure 9 • Évolution du nombre de passages dans un service d'urgence au cours de la période de confinement pour accident vasculaire cérébral, cardiopathie ischémique et insuffisance cardiaque



Champ > France (hors Martinique).

Source > Oscore (Santé publique France, exploitation DREES).

Concernant les soins moins urgents, les dépistages (organisés et individuels) des cancers ont été quasiment stoppés, faisant courir le risque d'un retard au diagnostic et d'une perte de chance avec la prise en charge future de cancers à un stade plus avancé. Les centres de lutte contre le cancer avancent une première estimation de 20 % de mortalité en excès par mois de retard à la prise en charge d'un cancer. La CNAM, à partir des données de consommations de produits et de soins, fait état d'une baisse de 72 % fin mars des produits utilisés pour la réalisation de coloscopies permettant le diagnostic du cancer colorectal et de 80 % des actes de radiologie (Weill et al, 2020).

Des études viendront probablement compléter ces résultats avec une attention portée aux déterminants sociaux de ce renoncement aux soins durant le confinement, notamment à partir de l'enquête EpiCov. Dans tous les cas, les pathologies nécessitant des soins réguliers ou urgents étant elles-mêmes traversées par des inégalités sociales, certaines populations moins favorisées ont pu pâtir plus que d'autres de ces difficultés de recours aux soins (pathologies chroniques, soins ou prises en charge urgents, handicaps).

Les mesures de distanciation sociale, de confinement et de quarantaine mises en place pendant l'épidémie, ont un impact sur toutes les sphères de la vie, entraînant pour la population une perte brutale de repère et une limitation de la vie sociale et affective. **Les travaux sur des expériences de confinement lors de précédentes épidémies (EBOLA, H1N1, SRAS etc.) (Brooks et al., 2020) ont mis en évidence des conséquences psychologiques négatives** – les plus fréquentes étant l'anxiété, la peur, la culpabilité – qui engendrent un sentiment de stress permanent, voire des effets post-traumatiques (pouvant être liés notamment aux conditions de deuil, au vécu des enfants, ou à d'autres situations exceptionnelles), et dans le pire des cas, le suicide. Lorsque le confinement est associé soit à un arrêt de travail lié à une perte d'emploi, ou bien à une restriction d'activité, il y a une incertitude sur l'avenir de la situation financière et économique personnelle, qui peut donner lieu à de l'anxiété, du stress et au sentiment d'impuissance et qui peut conduire à des idées suicidaires (Brooks et al., 2020). Les crises économiques ont par le passé été associées à des taux de suicides plus importants (Reger et al., 2020). Le manque de nourriture, de vêtements ou un logement inapproprié pendant un confinement peuvent engendrer de l'angoisse, de la colère et de la frustration, et avoir des effets négatifs durables, et ce jusqu'à plusieurs mois après le déconfinement (Brooks et al., 2020).

Il existe encore peu d'études permettant de documenter les effets de la crise actuelle sur la santé mentale. L'enquête réalisée par la DREES auprès de l'activité des médecins généralistes durant le confinement a tout de même montré que les consultations pour demandes de soins pour stress, troubles anxieux ou dépressifs sont les seules consultations pour d'autres motifs que le coronavirus à avoir augmenté pendant le confinement, pour plus de la moitié des médecins généralistes (Monziols et al., 2020). La consommation d'hypnotiques, et à un degré moindre d'anxiolytiques, a quant à elle augmenté à l'issue immédiate de la période de confinement (Weill et al., 2020b) (cela n'a toutefois pas été le cas des antidépresseurs). Concernant les populations touchées, les premiers résultats de l'enquête COCLICO menée du 3 au 14 avril auprès de 3.200 adultes vivant en France métropolitaine mettent en évidence un **risque accru sur la santé mentale comme l'anxiété, des troubles du sommeil, des problèmes de concentration et de la tristesse, chez les personnes en isolement social et les femmes** (Gandré, Coldefy, 2020). La détresse psychologique touche un tiers des répondants, dont 12 % avec une intensité sévère, et est plus élevée pour les personnes confinées dans des logements suroccupés, pour celles dont la situation financière s'est dégradée suite au confinement, et pour celles ayant eu recours à des soins de santé mentale les 12 mois précédents. Ils rejoignent ainsi les premiers résultats de l'enquête CoviPrev, qui semblent indiquer un gradient social : les femmes, les moins de 50 ans (troubles anxieux seulement), les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées, les personnes en difficulté financière sont plus exposées aux troubles anxieux et dépressifs. Les enfants ne sont pas non plus épargnés par cette crise sanitaire. La première grande étude en matière de détresse psychologique réalisée en Chine durant la période de quarantaine (Qiu et al., 2020) soulève la vulnérabilité particulière des enfants, qui, lorsqu'ils ne ressentent pas un soutien, une écoute auprès des adultes, encourent le risque de développer des troubles post-traumatiques importants comme : le stress, l'anxiété et la dépression. Les enfants ayant déjà connu des traumatismes antérieurs et/ou ayant des troubles psychiques ont un risque de troubles émotionnels plus sévères, tout comme les enfants issus de famille avec des problèmes économiques importants. Les enfants infectés et hospitalisés, peuvent vivre cette situation comme un traumatisme et être plus sensibles aux troubles psychiatriques liés à la peur de la maladie et à la séparation parentale. Les enfants, qui ont été placés en quarantaine, seraient plus susceptibles de « *développer un trouble de stress aigu, un trouble de l'adaptation et du chagrin* » (Liu et al, 2020).

D'autres populations semblent a priori particulièrement à risque étant donné les spécificités de l'épidémie actuelle et les mesures strictes de confinement prises en France. Les personnes âgées, particulièrement vulnérables face au Covid-19, sont exposées aux mesures d'isolements les plus drastiques que ce soit à leur domicile ou bien en EHPAD. Leur bien-être psychologique est très dépendant de leurs relations sociales : « *moins les seniors voient régulièrement leur famille ou leurs amis, plus leur score de bien-être est faible* » (Carrère, Dubost, 2018), et un isolement social aggravé par le confinement risque donc d'accroître le risque de dépression, d'isolement social et de solitude, dont les professionnels s'inquiètent qu'il puisse conduire au suicide ou à des syndromes de « glissement » (Lefebvre des Noettes, 2020). Les personnes souffrant de troubles psychiatriques, sont sensibles à tout changement. Ils sont plus susceptibles de développer des symptômes d'angoisse durant une période assez longue après la sortie du confinement (Brooks et al., 2020). Ces derniers peuvent connaître une rupture de soins (report de rendez-vous en psychiatrie, impossibilité de se rendre à l'hôpital de jour ou au centre médico-psychologique, idée que les urgences psychiatriques ne sont pas une priorité, qu'elles sont saturées et qu'on

risque d'être contaminés, etc.) (Reger et al., 2020). Par ailleurs, l'accès à certaines sources habituelles d'entraide et de lien social a été limité pendant le confinement (associations, loisirs, pratiques sportives et culturelles, pratiques religieuses, etc.). Ces facteurs peuvent détériorer la santé mentale des personnes souffrant de troubles psychiatriques, en altérant le suivi d'un traitement, le recours à certains supports d'aide et l'équilibre qui en découlait.

Le mal-logement, les risques accrus de contamination, notamment des soignants (associés à la peur de la contamination pour soi et pour celle des proches, et les risques de discrimination) (Brooks et al., 2020), les difficultés de conciliation entre vie privée et vie professionnelle, la détérioration des conditions de travail, l'isolement et les addictions¹⁹, sont autant de facteurs qui peuvent conduire à des conséquences socialement inégales en termes de santé mentale.

Sécurité matérielle

La mise à l'arrêt de secteurs d'activité pendant le confinement, la baisse d'activité liée à celle des carnets de commande, la reprise progressive et hétérogène de l'activité consécutive au confinement strict, la fermeture des écoles et la mise à l'arrêt des structures de gardes d'enfant, qu'elles soient formelles (crèches, assistantes maternelles), ou informelles (ex : grands-parents), ont des répercussions fortes sur les revenus d'activité, partiellement compensées par des dispositifs spécifiques (arrêts indemnisés pour garde d'enfant, chômage partiel, maintien des allocations chômage et minima sociaux, dispositifs de soutien aux indépendants) et les dépenses de ces ménages.

D'après un sondage IFOP pour l'Institut Jean Jaurès mené en période de confinement (21-23 mars) : 29 % des personnes qui avaient une activité professionnelle au 1^{er} février touchent seulement une partie de leurs revenus depuis l'éclatement de la crise et 6 % ne touchent plus aucun revenu. Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête Coconel de l'Ined (Lambert et al., 2020), selon laquelle environ un quart des ménages aisés ont perdu des revenus ces dernières semaines contre 44 % des plus pauvres (20 % des cadres ont vu leurs revenus diminuer contre 40 % des ouvriers). Parmi les actifs qui avaient un emploi avant le début du confinement, seuls 58 % d'entre eux travaillent encore à la septième semaine de confinement. Enfin, d'après l'enquête Camme de l'Insee menée à l'issue immédiate du confinement, 20 % des personnes estiment que la situation financière de leur foyer s'est dégradée durant le confinement : cela concerne 30 % des plus modestes (1^{er} quintile de niveau de vie) contre 11 % parmi celles du dernier quintile (Albouy, Legleye, 2020).

Les femmes sont plus affectées que les hommes par les conséquences économiques et matérielles de la pandémie, et 4 jeunes de 18-24 ans sur 10 déclarent avoir subi une baisse de revenus (Lambert et al., 2020). Les caractéristiques des populations les plus touchées par les effets de la crise sanitaire ne sont pas exactement celles des populations affectées par les crises économiques précédentes, du fait de la spécificité du confinement notamment. Des travaux complémentaires seront nécessaires pour mieux identifier ces conséquences selon les profils d'activité. En effet, les ménages sont affectés par des pertes de revenu de façon très hétérogène selon leur secteur d'activité, mais également selon leur statut d'emploi (salarié du privé, fonctionnaire, indépendant) et la nature de l'emploi (CDI, CDD, intérim, intermittent, etc.). D'après l'enquête Camme de l'Insee, parmi les personnes en emploi, les indépendants ont deux fois plus souvent rapporté une dégradation de leur revenu que les salariés pendant la période de confinement. Les restrictions d'activité, susceptibles de diminuer les revenus (chômage technique ou partiel, arrêt de travail pour maladie ou garde d'enfant, non renouvellement de contrat), ont touché davantage d'ouvriers (43 %) que de cadres et professions intermédiaires (34 %) ou les employés (32 %) (Albouy, Legleye, 2020).

À moyen terme, les chances pour les chômeurs d'accéder à un emploi risquent de se dégrader en raison de « l'effet ciseaux » engendré par la hausse du nombre de chômeurs conjuguée à la baisse du nombre d'offres d'emplois. Cela est aussi vrai pour les primo-entrants sur le marché du travail, les jeunes notamment.

S'ajoutent à la perte de revenus d'activité, des pertes de revenus liées à l'aide et à l'activité informelle, et à l'accroissement des dépenses, notamment alimentaires. Les ménages dont la part des dépenses pré-engagées sont les plus importantes (Lelièvre, Rémila, 2020) sont plus particulièrement susceptibles de subir une insécurité

¹⁹ Authier N., « Comment confiner des millions de Français dépendants l'alcool, au tabac et autres drogues ? », The conversation, 31 mars 2020.

matérielle consécutive à ces effets de cumul. C'est également le cas de nombreux ouvriers et employés, dont près d'un tiers estimait fin 2018 qu'il leur était souvent difficile de boucler leurs fins de mois (Baromètre d'opinion de la DREES 2018, Papuchon, 2020).

En outre, certains ménages voient leurs dépenses augmenter en période de confinement, notamment les familles modestes avec enfants qui bénéficiaient de subventions importantes pour la restauration scolaire ou la prise en charge des repas ou des couches à la crèche.

S'il apparaît déjà que certaines populations seront particulièrement fragilisées par ces effets de cumul en France, des travaux complémentaires seront à mener pour en mesurer précisément les effets, d'autant que la situation de perte de revenus sera durable. L'Ires estime que la double contrainte budgétaire de perte de revenus d'activité à la suite du confinement et de dépenses accrues en matière de charges de logement mettrait d'ores et déjà entre 2,5 et 2,8 millions de ménages en difficulté (soit 6 à 7 millions de personnes) (Concialdi, 2020). Des premiers résultats du projet de recherche « Faire face au Covid-19 » de Sciences Po, indiquent que les conséquences de l'insécurité matérielle soumettent les femmes et les résidents étrangers à une tension émotionnelle plus importante que le reste de la population. Par ailleurs, si la fragilité au virus est plus élevée pour les hommes, les conséquences du confinement affectent particulièrement les femmes. Un projet de recherche lancé par l'École d'économie de Paris²⁰ se focalise sur les travailleurs précaires durant la pandémie, à l'aide d'une enquête auprès d'un petit échantillon de travailleurs, en sur-représentant les travailleurs des plateformes qui ont un statut d'indépendant et ne bénéficient pas des mêmes protections que les salariés.

Plusieurs travaux de la DREES sur l'insécurité sociale et financière avant-crise à paraître prochainement apporteront des éléments complémentaires en mesurant notamment l'impact du système socio-fiscal sur la stabilité des revenus, ou encore les interactions entre patrimoine et revenus sur l'insécurité perçue avant la pandémie. Par ailleurs, la DREES lance actuellement des travaux visant à simuler et évaluer les impacts de la crise actuelle sur la sécurité matérielle, en particulier pour mesurer comment les mécanismes de transferts socio-fiscaux se mettent à l'œuvre en cas de choc économique, notamment sur les revenus d'activité. Le prochain Baromètre d'opinion de la DREES (collecté en fin d'année pour de premiers résultats en mars-avril 2021) permettra d'apporter de nouveaux éléments sur la crise, son ressenti, et sa prise en charge par les pouvoirs publics.

Sécurité physique

Les effets du confinement sur la santé mentale, accentués par les conséquences économiques de la crise sanitaire, peuvent avoir des conséquences sur la violence envers soi, particulièrement des populations fragiles. En reliant ses travaux récents sur les « morts du désespoir » à la période de crise actuelle, l'économiste Angus Deaton (2020) s'attend à une possible hausse des suicides. En effet, de nombreuses conséquences du confinement et de l'épidémie sont en fait des facteurs connus de risque de suicide (notamment la hausse du chômage, la surcharge de travail qu'ont vécu les travailleurs de première ligne, l'isolement et la dépression). Deaton rappelle toutefois que ces décès ne représentent qu'une très petite part des décès, que la mortalité « du désespoir » (i.e. suicides, overdose, alcool...) suit une tendance plus profonde²¹ et peu liée aux variations économiques conjoncturelles. Par ailleurs, en période de crise économique, la mortalité toutes causes confondues a plutôt tendance à se réduire. Cela a été le cas suite à la crise financière en Grèce et en Espagne, et dans plusieurs études sur la Grande dépression aux États-Unis. Les mécanismes de baisse à court terme de la mortalité liés à la crise économique et pouvant se retrouver dans la crise actuelle relèvent de la baisse des accidents (de circulation, de travail, ou encore consécutifs à une consommation excessive d'alcool) et de la pollution atmosphérique. Cela rejoint d'autres travaux sur les effets de la Grande récession sur les inégalités sociales de santé, qui soulèvent à court terme une baisse de la mortalité, malgré une hausse des suicides, mais des effets plus complexes à long terme et potentiellement déterminants pour les enfants (HCSP, 2016).

Ainsi, on peut raisonnablement anticiper certains effets protecteurs du confinement et de la crise sanitaire sur les accidents ou sur la mortalité liée à la surconsommation d'alcool ou de drogues (Deaton, 2020).

²⁰ <https://www.parisschoolofeconomics.eu/fr/actualites/covid-19-travaux-de-recherche-et-revue-de-presse/>

²¹ Il rappelle aussi à ce titre que la mortalité liée à des maladies non transmissibles est plus élevée aux États-Unis que dans la majorité des pays de l'OCDE.

En revanche, la sécurité physique de certaines populations a pu être particulièrement mise en danger par le confinement. Dès les tous premiers jours du confinement, des alertes majeures sur les risques de violence familiales et conjugales ont été lancées dans de nombreux pays²², susceptibles de mettre en danger en premier lieu les enfants et les femmes. En France, le secrétariat d'État à l'Égalité entre les femmes et les hommes a relayé une augmentation des violences conjugales et intrafamiliales pendant le confinement : les forces de l'ordre auraient enregistré une hausse des signalements et des interventions pour différends familiaux par rapport à la même période en 2019; la fréquentation de la plateforme sur les violences conjugales arretonslesviolences.gouv.fr a plus que doublé : plusieurs numéros d'appels d'urgence et associations d'aides aux victimes ont fait part d'une très forte augmentation de leurs appels. Par ailleurs, les difficultés d'accès au droit ont pu être aggravées en période de confinement. Les chiffres de la délinquance enregistrés par la police²³ font état d'un léger repli sur les premières semaines du confinement des coups et blessures volontaires sur les 15 ans et plus, y compris pour les victimes intrafamiliales, et d'une baisse marquée des violences sexuelles et des vols avec violence. Selon le procureur de la République, les dépôts de plainte auraient sensiblement baissé, alors que dans le même temps les appels pour des interventions de police secours pour différends familiaux augmentaient²⁴. Concernant les enfants, le confinement rend plus difficile la détection d'abus et de violences, en l'absence de contacts avec des adultes pouvant assurer ce rôle, qu'il s'agisse du personnel scolaire ou des travailleurs sociaux.

Par ailleurs, la raréfaction des lieux de prise en charge des publics les plus fragiles, personnes sans-domicile et migrants notamment, liée au confinement, peut conduire à une accentuation de la violence à laquelle ils sont confrontés. S'il est difficile de documenter ces effets à partir des données disponibles actuellement, ce sujet dont les médias et responsables locaux se font le relais, méritera une attention particulière des chercheurs en sciences sociales.

Continuité de l'accompagnement social

Au-delà de la prise en charge des problèmes de santé, de nombreuses personnes vulnérables bénéficient d'un accompagnement social ou médicosocial, au titre de la perte d'autonomie, du handicap, de la protection de l'enfance ou de la précarité. Pour ces populations, l'enjeu de la continuité de l'accompagnement est très fort : de nombreuses structures ont en effet pu ne plus être en mesure d'assurer cet accompagnement, en tout cas au niveau où il était assuré avant la crise.

Cette problématique pourrait concerner notamment :

- Environ 800 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile, qui dans leur quasi-totalité bénéficient d'aides humaines dans le cadre de leur plan d'APA. À ces effectifs pourraient être ajoutés les personnes âgées ne bénéficiant pas de l'APA, mais d'une aide-ménagère des départements (15 à 20 000 personnes) ou d'une aide d'un régime de retraite dans le cadre de leur action sociale (200 000 personnes). Plus largement encore, 2,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile (soit une sur cinq) déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé, par un proche autre que leur conjoint et/ou un professionnel²⁵ ; elles sont donc susceptibles d'être affectées par une rupture du rythme de cette aide du fait de la crise sanitaire.
- 50 000 enfants et autant d'adultes handicapés sont, fin 2014, accompagnés sur leur lieu de vie par un service destiné aux personnes handicapées (SESSAD pour les enfants, SAVS et SAMSAH pour les adultes). À ceux-ci peuvent être associés les 120 000 adultes handicapés travaillant en établissements et services d'aide par le travail (ESAT), qui pour beaucoup d'entre eux n'ont probablement pas été en mesure de continuer leur activité pendant la crise.

²² A New Covid-19 Crisis: Domestic Abuse Rises Worldwide, A. Taub, NY Times, 6 avril 2020.

²³ [Tableau de bord de Ministère de l'intérieur.](#)

²⁴ [Violences faites aux femmes : Que s'est-il vraiment passé pendant le confinement](#), L. Cherel, France Inter, 15 mai 2020.

²⁵ Au total, 3 millions de seniors sont aidés régulièrement, mais 700 000 d'entre eux le sont uniquement par leur conjoint : cette aide est moins susceptible d'être réduite du fait du confinement, et ces seniors n'ont donc pas été comptabilisés ici.

- 167 000 enfants et jeunes adultes bénéficiaires d'une action éducative dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. D'après l'enquête flash réalisée par la DREES auprès des structures menant ces actions, portant sur la semaine du 30 mars au 5 avril, quatre services d'action éducative sur cinq déclarent avoir pu maintenir les visites à domicile pour une petite partie des enfants concernés, mais quasiment jamais pour une grande partie ou pour la totalité des enfants concernés. Par ailleurs, la moitié des établissements déclarent n'avoir pas du tout pu maintenir les visites à domicile pour les enfants bénéficiant d'un placement à domicile (10 % des 61 000 jeunes bénéficiant d'un hébergement par un établissement de l'ASE). Au-delà, d'autres enfants et jeunes pourraient être affectés par les réductions d'activité des clubs de prévention.
- Au-delà de leur activité d'hébergement, les structures d'hébergement social (généralistes ou liées au dispositif national d'asile) dispensent un certain nombre de services aux personnes sans-domicile : par exemple, fin 2016, 94 % de ces établissements apportent une aide aux démarches administratives ou juridiques, 93 % un accompagnement à la santé et aux soins, 55 % une restauration individuelle, 42 % une distribution d'aide alimentaire ou de tickets restaurants, 82 % un accès à l'hygiène (douches, machines à laver, etc.). Outre ces établissements, d'autres structures ou associations peuvent apporter de tels services, notamment d'aide alimentaire, et sont-elles-aussi susceptibles d'avoir réduit voire interrompu leurs activités pendant la crise sanitaire. Fin 2016, 130 000 personnes sans-domicile sont hébergées dans les établissements.

Conditions de logement et isolement

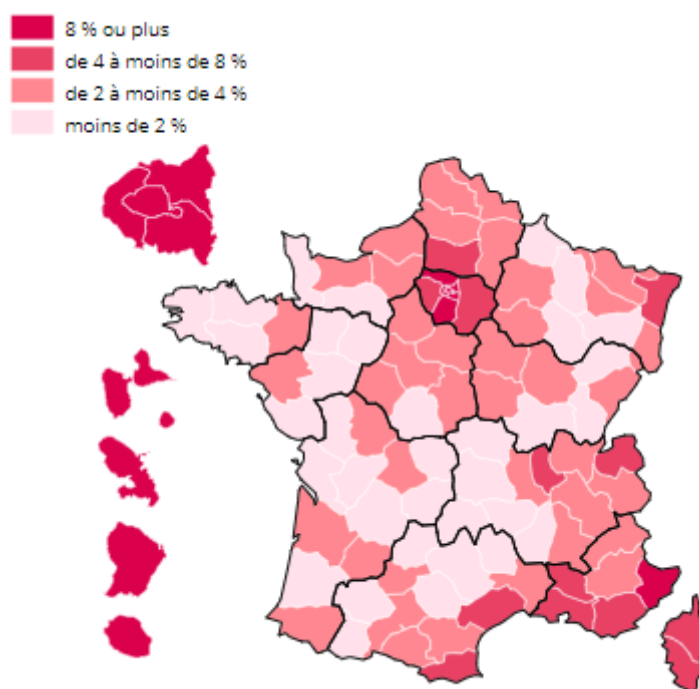
Le confinement est plus difficilement supportable pour les personnes en situation de mal-logement et notamment de surpeuplement. D'après les travaux de l'Insee sur le surpeuplement, en 2016, plus de 5 millions de personnes²⁶, soit 8,2 % de la population hors Mayotte, vivent dans un logement sur occupé²⁷, c'est-à-dire qu'elles vivent à deux ou plus dans un logement où le nombre de pièces est insuffisant au regard de la taille de leur ménage.

En métropole, l'Île-de-France (12,7 %) et Provence-Alpes Côte d'Azur (7,5 %) sont les deux régions où la sur occupation des logements est la plus forte (carte 5). La situation est encore plus marquée dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) de ces régions, où respectivement 25,4 % et 18,0 % des ménages vivent dans un logement suroccupé, ce taux pouvant dépasser 35 % dans certains QPV.

²⁶ "Logements suroccupés, personnes âgées isolées... : des conditions de confinement diverses selon les territoires", <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4478728>

²⁷ Selon l'indice de peuplement de l'INSEE, un logement est surpeuplé s'il manque au moins une pièce par rapport à une norme définie selon la composition familiale du ménage qui l'occupe, et sous-peuplé s'il a au moins une pièce de plus. Voir: www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1236

Carte 5 • Part des résidences principales suroccupées



Note de lecture > dans les Alpes-Maritimes, 11,7 % des résidences principales (hors studio de 1 personne) sont suroccupées.

Champ > France hors Mayotte, résidences principales hors studio d'une personne.

Source > Insee, recensement de la population 2016, exploitation complémentaire.

En 2013, le surpeuplement concernait 8,4 % de la population de France métropolitaine (dont 0,8 % étaient en situation de surpeuplement accentué²⁸. Il concernait 18 % (3 %) des ménages du premier quartile de niveau de vie ; 16 % (2 %) des ouvriers et 15 % (2 %) des employés contre 7 % (0,5 %) des cadres ; 20 % (5 %) des immigrés ; et 21 % (4 %) des familles monoparentales (Insee, 2017).

Au sein de l'Île-de-France, c'est en Seine-Saint-Denis que les ménages sont en moyenne le plus à l'étroit dans leur logement, en particulier les ménages qui comptent des enfants mineurs. En 2016, la moitié des ménages de Seine-Saint-Denis vit avec une surface de moins de 25 m² par personne, contre 33 m² pour l'ensemble de l'Île-de-France. Parmi les ménages avec au moins un enfant, la surface médiane chute à 17,5 m² par personne en Seine-Saint-Denis contre 22,5 m² par personne dans l'ensemble de l'Île-de-France (Mangeney, 2020).

L'isolement peut aussi être un facteur de risque dans le confinement²⁹. En France, 10,5 millions de personnes vivent seules, soit 16 % de la population. Parmi elles, 2,4 millions sont âgées de 75 ans ou plus. Elles résident principalement dans les grandes agglomérations : plus de quatre sur dix vivent ainsi dans une agglomération d'au moins 100 000 habitants.

L'isolement concerne aussi plus souvent des personnes pauvres. 1,7 million de personnes seules vivent sous le seuil de pauvreté en France métropolitaine. En 2017, elles représentent 16,7 % de la population vivant seule, soit un taux de pauvreté supérieur à celui de l'ensemble de la population (14,1 %).

Les mauvaises conditions de logement et les risques d'isolement peuvent constituer des facteurs d'explication de la mobilité géographique repérée juste avant le confinement. Les premiers résultats à partir de l'enquête Coconel de l'Ined montrent que 7 % de la population ne s'est pas confinée dans son logement habituel, avec comme motif de départ l'isolement (27 % des cas), l'aide aux autres (20 %) ou le manque d'espace extérieur (15 %). Ce phénomène a été particulièrement marqué à Paris puisque d'après l'enquête, 12 % de la population parisienne a quitté son domicile pendant le confinement, contre 6 % sur le reste du territoire. Les jeunes de moins de 25 ans ont été particulièrement concernés, et ont le plus souvent été logés chez un proche. Mais l'enquête permet aussi

²⁸ Un logement est en surpeuplement accentué quand il lui manque au moins deux pièces par rapport à une occupation normale.

²⁹ "Logements suroccupés, personnes âgées isolées... : des conditions de confinement diverses selon les territoires", <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4478728>

d'établir un lien fort entre le patrimoine et le confinement en dehors du domicile habituel : « toutes choses égales par ailleurs, les personnes possédant une résidence secondaire sont cinq fois plus susceptibles d'avoir quitté leur logement habituel. » Avec une méthodologie très différente, l'Insee parvient à des conclusions similaires à partir de l'analyse des données de téléphonie mobile – même si les volumes mesurés ne sont pas parfaitement comparables³⁰ : les départs les plus nombreux ont été observés en région parisienne, ainsi que dans les départements de montagne (fin de la saison hivernale dans les stations de ski). Une majorité de ces déplacements serait en fait liée à des personnes rejoignant leur département de résidence, mais Paris et les Hauts-de-Seine (dans une moindre mesure) sont les deux seuls départements où les départs de résidents ont été plus fréquents que les retours.

Accès au numérique

L'accès au numérique constitue enfin un autre élément important d'inégalités face au confinement, pour le lien social, pour l'accès à l'information et au divertissement, pour la continuité scolaire (qui a dû être assurée à distance) et pour la continuité de l'activité professionnelle dans bien des cas. En France, en 2019, **12,0 % des personnes n'ont pas accès à Internet à leur domicile**, quel que soit le type d'appareil (ordinateur, tablette ou téléphone portable). Cette part varie selon les territoires, de 14,1 % dans les plus petites agglomérations jusqu'à 8,2 % dans celle de Paris. Surtout, la proportion de personnes n'ayant pas accès à Internet est **très marquée pour les personnes plus âgées (53 % des 75 ans ou plus) et celles peu diplômées (34 % des personnes sans diplôme ou titulaires d'un certificat d'études primaires)**.³¹

Éducation : impact sur la réussite éducative des enfants selon les milieux sociaux

Parmi les enfants de moins de 17 ans, 2 % vivent dans des foyers qui ne disposent pas, à leur domicile habituel, de l'abonnement ou du matériel pour se connecter à Internet³². Par ailleurs, d'après les résultats de l'enquête COCONEL de l'Ined (Lambert et al., 2020), dans 49 % des foyers concernés par le travail scolaire, au moins un enfant ou étudiant travaille dans une pièce partagée (salon, cuisine, chambre...). La fréquence de cette situation peut s'expliquer tant par des contraintes d'espace (taille du logement) que par des normes éducatives (variables selon l'âge des enfants). On observe de fortes variations sociales. Partager son espace de travail concerne 60 % des familles en situation de surpeuplement, 56 % des ménages d'employés et 50 % des ménages d'ouvriers – contre seulement 41 % des ménages dont l'enquêté est cadre. D'après l'enquête Camme de l'Insee, plus d'un tiers des personnes ayant des enfants ont eu des difficultés pour assurer leur suivi scolaire, et cette difficulté touche nettement plus les plus modestes : la moitié des personnes du 1^{er} quintile de niveau de vie contre un quart de celles du 5^e quintile. Ces difficultés ont été plus fréquentes pour les femmes, qui ont assuré une grande part de la prise en charge des enfants, et les familles monoparentales (Albouy, Legleye, 2020). Le confinement risque ainsi de renforcer des inégalités de réussite scolaire, dont les études – et notamment l'enquête PISA de l'OCDE – indiquent qu'elles se sont particulièrement creusées en France au cours des dernières années. En temps normal, le travail à la maison est d'ailleurs un facteur d'inégalités de réussite scolaire : le temps consacré aux devoirs assignés par les enseignants est plus élevé pour les élèves de milieu socio-économique favorisé – avec des différences sociales plus marquées en France ; et ce travail à la maison est fortement associé aux résultats scolaires (Cneso, 2016).

³⁰ Les estimations du nombre de mobilités géographiques ne sont pas totalement comparables entre les analyses de l'Insee et celles issues de l'enquête Coconel en raison de la nature des données : l'exploitation des données de téléphonie mobile permet d'estimer la population présente sur le territoire à un moment donné, et de distinguer s'il s'agit de téléphones mobiles français ou étrangers, ainsi que d'attribuer le département de résidence des détenteurs de ces téléphones, mais il est difficile de rapporter ces estimations à une population de référence et ainsi d'obtenir des taux comparables à ceux estimés sur la population enquêtée.

³¹ Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base, INSEE PREMIÈRE No 1780, 30/10/2019.

³² Idem.

■ CONCLUSION : QUELLES SERONT LES POPULATIONS LES PLUS TOUCHÉES PAR CETTE CRISE ?

Si les sous-populations susceptibles d'être fragilisées par cette crise et ses multiples aspects sont nombreuses, beaucoup des facteurs d'inégalités affectent en réalité les mêmes populations. Ces dernières sont associées à une « double » ou une « triple peine » face au Covid, souvent liée à l'impact du virus couplé à l'impact du confinement, et appellent donc à une vigilance accrue.

Plusieurs travaux alertent ainsi sur les inégalités de genre dans cette crise (OCDE, 2020). Les études épidémiologiques montrent que la mortalité des personnes infectées par le virus est plus élevée parmi les hommes. Les femmes sont en revanche plus exposées aux autres facteurs de risques, moins visibles. Majoritaires dans les métiers de la santé et du social, elles ont été en première ligne dans la réponse sanitaire apportée à la crise. Elles ont aussi probablement eu à supporter une charge informelle plus élevée au sein des ménages, en raison de la persistance d'inégalités entre hommes et femmes dans la répartition du travail domestique ou du travail parental (Ricroch, 2010 ; Briard, 2017, Albouy, Legleye, 2020), tout en étant plus exposées au sein des ménages aux violences conjugales. Enfin, les femmes pourraient aussi être plus vulnérables face à la crise économique et à la hausse supposée du chômage, notamment en raison de leur surreprésentation dans les secteurs économiques touchés, en particulier dans le secteur des services.

L'analyse territoriale est également révélatrice de mécanismes de cumul de difficultés : des études au niveau géographique fin sur l'agglomération lyonnaise ou encore l'Île-de-France (Mangeney, 2020) montrent que les populations des banlieues et quartiers populaires présentent plus souvent des facteurs de risques face au coronavirus. Elles sont aussi plus souvent concernées par de mauvaises conditions de logement, ainsi que par le maintien d'une activité professionnelle qui suppose d'emprunter les transports en commun. La surmortalité apparue en Seine-Saint-Denis pendant le pic de l'épidémie pourrait donc être le résultat de plusieurs mécanismes cumulatifs, qui mériteraient d'être analysés en détail, et donc de faire l'objet de futurs travaux. Un point d'attention particulier sera également à porter sur l'outre-mer, en raison des spécificités de ces territoires. Frappés par l'épidémie de Covid-19 avec un décalage de quelques semaines, ils ont été confinés au même moment que les départements de métropole, ce qui a limité la diffusion de l'épidémie (Avis du conseil scientifique du 8 mai 2020 spécifique à l'outre-mer). Mais la précarité des conditions de vie à Mayotte a rendu le confinement très difficile (Baktavatsalou, Thibault, 2020) et Mayotte a été le département d'outre-mer le plus touché pendant le confinement. Depuis le déconfinement, l'épidémie repart également en Guyane, territoire voisin du Brésil. Si la jeunesse de la population de ces deux départements peut limiter le nombre de décès, le moins bon état de santé – l'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires sont des facteurs de risque de Covid grave plus répandus dans les DROM qu'en métropole (Creusvaux, 2015) – et les conditions de vie plus précaires invitent à se pencher de manière plus approfondie sur la vulnérabilité de ces départements dans la crise.

Plus largement, cette crise a pu toucher différemment les populations vivant en milieu urbain et celles vivant en milieu rural. Les premières ont vraisemblablement été plus exposées au virus, en témoigne la hausse des décès plus forte dans les territoires densément peuplés, bien que la population y est en moyenne plus jeune. En outre, les conditions de vie pendant le confinement ont pu y être plus difficiles puisque les situations de surpeuplement sont plus fréquentes à Paris et dans les grands pôles urbains, expliquant d'ailleurs une partie de la mobilité géographique avant ou pendant le confinement (Lambert et al., 2020). À l'inverse, dans les zones rurales, l'isolement social ou le moins bon accès aux soins auront pu engendrer d'autres difficultés.

Enfin, au-delà des territoires, les lieux de vie distinguent nettement les populations et leur situation face au coronavirus. Par exemple, les personnes résidant dans des établissements médico-sociaux (personnes âgées en EHPAD, personnes handicapées, mineurs isolés, sans-domiciles, etc.) sont par définition vulnérables, puisque pour la plupart d'entre elles leur état de santé ou d'autonomie dégradé est la raison pour laquelle elles ne vivent pas à domicile. Cette vulnérabilité se cumule alors avec la concentration dans un lieu de vie unique qui favorise la propagation du virus, l'impossibilité de se confiner strictement en raison du besoin d'aide permanent des personnels de ces établissements de personnes venues de l'extérieur, les fortes restrictions sur les visites et les moments collectifs, mais aussi la dégradation de l'état de santé physique et psychique due à l'isolement et au confinement. D'autres populations déjà particulièrement vulnérables, en particulier les sans-domiciles et les sans-papiers, cumulent une forte insécurité sanitaire, liée notamment au risque d'exposition au virus dans des struc-

tures d'accueil collectives, ainsi qu'aux difficultés d'accès aux soins, ainsi qu'une forte insécurité économique accrue par l'absence de moyens de subsistance liée à l'interruption de leur activité par le confinement et l'absence d'allocations sociales.

Finalement, les différents facteurs de risques et leurs interactions sont autant de points de vigilance qui méritent des réponses en termes de politiques publiques. Comme l'explique Didier Fassin, il est un peu tard pour agir sur les vulnérabilités liées à l'existence de pathologies préexistantes, donc sur les disparités sociales face à ces facteurs de risques. En revanche, il est possible d'atténuer les disparités sociales en jouant sur les mécanismes en amont, celui de l'exposition, et en aval, celui de la prise en charge et de l'accès aux soins, tout en tenant compte des difficultés supplémentaires liées au confinement, qui n'affectent pas, elles non plus, tout le monde de la même façon

■ BIBLIOGRAPHIE

- Albouy V., Legleye S. (2020) [Conditions de vie pendant le confinement : des écarts selon le niveau de vie et la catégorie socioprofessionnelle](#), *Insee Focus*, n°197, juin.
- Almagro M., Orane-Hutchinson A. (2020) [The Determinants of the Differential Exposure to COVID-19 in New York City and Their Evolution Over Time](#), SSRN, avril 10.
- Baker M., Das D., Venugopal K., Howden-Chapman P. (2008) [Tuberculosis associated with household crowding in a developed country](#), *J Epidemiol Community Health*, 62(8).
- Baktavatsalou, R., Thibault, P. (2020) [La précarité des conditions de vie rend difficile le respect des mesures de confinement](#), *Insee Analyses Mayotte*, n°23, mai.
- Baracchini, C., Pieroni, A., Viaro, F., Cianci, V., Cattelan, A. M., Tiberio, I., Munari, M., Causin, F. (2020) [Acute stroke management pathway during Coronavirus-19 pandemic](#), *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 41(5), 1003–1005.
- Barlet M (dir), Lapinte A., Pollak C. (coord) (2019) [La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties](#), *Panoramas de la DREES*, édition 2019, DREES, avril.
- Blumenshine P., Reingold A., Egerter S., Mockenhaupt R., Braveman P., Marks J. (2008) [Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective](#), *Emerg Infect Dis*, 14(5):709-715.
- Brooks S., Webster R., Smith L., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G. (2020) [The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence](#), *The Lancet*, Volume 395, février.
- Briard K. (2017) [L'articulation des temps parental et professionnel au sein des couples : quelle place occupée par les pères ?](#), *Dares Analyses* n°058, DARES, septembre.
- Carrère A., Dubost C-L. (2018) [État de santé et dépendance des seniors](#), *France, portrait social*, INSEE, Édition 2018.
- Cnesco (2016) [Inégalités sociales et migratoires : Comment l'école amplifie-t-elle les inégalités ?](#), Rapport scientifique, septembre.
- Concialdi P. (2020) [Confinement, récession et baisse des revenus: Quel impact des charges fixes de logement sur les contraintes budgétaires des ménages ?](#), *Éclairages*, n°16, IRES, avril.
- Conseil scientifique COVID-19 (2020), Avis pour les territoires d'outre-mer, Avis du Conseil scientifique du 8 avril 2020
- Creusvaux, H. (2015). [La santé dans les départements et collectivités d'outre-mer : réalités et perspectives](#). *Haut-Conseil de la santé publique*. Actualité et dossier en santé publique, 91.
- Deaton A. (2020) [On what Covid means for inequality and 'Deaths of Despair'](#), *The economic implications of COVID-19: A webinar series from the Princeton Bendheim Center for Finance*, avril.
- DREES, Santé publique France (2017) [L'état de santé de la population en France](#), Rapport 2017.
- Drinka P. (2004) [What has SARS taught us about infection control in nursing homes?](#), *J Am Med Dir Assoc*, 5(3):218-219.
- ECDC (2020) [Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) in the EU/EEA and the UK – eighth update](#), Avril 8.
- FNORS (2020) [Appui au déconfinement, profils de territoire](#), Synthèse nationale, Rapport, mai.
- Fouquet M. (2020) Une hausse modérée de la couverture de la population suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, *Études et Résultats*, DREES, à paraître.
- Gandré C., Coldefy M. (2020) [Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement : Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020](#), *Questions d'économie de la santé*, n°249, IRDES, juin.

- Garg S., Kim L., Whitaker M. et al. (2020) [Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 — COVID-NET](#), 14 States, *MMWR Early Release*, avril.
- Gascard N., Kauffmann B., Labosse A. (2020) [26 % de décès supplémentaires entre début mars et mi-avril 2020 : les communes denses sont les plus touchées](#), Insee Focus, 191, mai.
- Godet-Thobie H., Vernay M., Noukpoape A., Salanave B., Malon A., Castetbon K., De Peretti (2008) [Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle, ENNS 2006-2007](#), *BEH*, numéro thématique, 49-50, décembre.
- HCSP (2016) [Crise économique, santé et inégalités sociales de santé](#), collection Avis et rapports, La documentation française.
- HCSP (2020) [Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics](#), avis du HCSP, avril 20.
- INSEE (2017) [Les Conditions de logement en France](#), Édition 2017.
- Inserm, Kantar Health, Roche (2012), [ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité](#). Paris.
- Jusot F., Madec P., Bertocchio J-P., Ducoudré B., Plane M., Sampognaro R., Timbeau X., Ventelou B., Wittwer J. (2020) [Les « vulnérables » à la Covid-19 : essai de quantification](#), Policy Brief, n°74, OFCE et Collège des économistes de la santé, 26 juin.
- Lau J., Yang X., Tsui H.Y., Phil M., Kim J.H., (2005) [Impacts of SARS on health-seeking behaviors in general population in Hong Kong](#), *Preventive Medicine*, 41(2):454-462.
- Liu J., Bao Y., Huang X., Shi J., Lu L. (2020) [Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19](#), *The Lancet Child Adolesc Health*, 4 (5) : 347-349, mai.
- Kinner S. A., Young J. T., Snow K., Southalan L., Lopez-Acuña D., Ferreira-Borges C., O'Moore É. (2020) [Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19](#), *The Lancet Public health*, 5(4), e188–e189.
- Lambert et al. (2020) [Logement, travail, voisinage et conditions de vie: ce que le confinement a changé pour les Français](#), COCLONEL, Note de Synthèse n°10, vague 6, INED.
- Lelièvre M., Rémila N. (2018) [Dépenses pré-engagées : quel poids dans le budget des ménages ?](#), Les Dossiers de la DREES, n°25, DREES, mars.
- Lefebvre des Noettes V. (2020) [Confinement des personnes âgées : attention au syndrome de glissement](#), *The Conversation*, 27 avril.
- Mangeney C., Bouscaren N., Telle-Lamberton M., Saunal A., Féron V. (2020) [la surmortalité durant l'épidémie de Covid 19 dans les départements franciliens](#), ORS Île-de-France, avril.
- Mamelund S-E. (2006) [A socially neutral disease? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiania 1918-19](#), *Soc Sci Med* 2006; 62: 923 - 40.
- Mamelund S-E. (2017) [Social inequality – a forgotten factor in pandemic influenza preparedness](#) *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2017; 137(12-13):911-913, juin.
- Monziols M et al. (2020) [Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ?](#), DREES, *Études et Résultats*, n° 1150.
- Nagata JM et al. (2013) [Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥65 years: a systematic review of qualitative and quantitative data](#), *BMC Public Health*, 13:388, Avril 25.
- OECD (2019) [Health at a Glance](#), OECD Indicators.
- OECD (2019) [Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems](#), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2020) [Women at the Core of the Fight against Covid-19 Crisis](#), Tackling Coronavirus (COVID-19) Contributing to a Global Effort.

- Office for National Statistics (2020) [Coronavirus \(COVID-19\) related deaths by ethnic group, England and Wales: 2 March 2020 to 10 April 2020](#), 7 mai.
- Onder G., Rezza G., Brusaferro S. (2020) [Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy](#), *JAMA*; 323(18):1775–1776.
- Ouedraogo S. et al. (2015) [Dépistage du cancer du sein dans treize départements français](#), *Bull Cancer*, 102(2):126-138.
- Papon S., Robert-Bobée I. (2020), [Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020](#), Insee Focus, 198, juillet.
- Papuchon A. (2020) [En 2018, une personne sur quatre a souvent du mal à boucler ses fins de mois](#), Études et résultats, n°1149, DREES, mai.
- Perrine A-L., Lecoffre C., Blacher J., Olié V. (2018) [L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006](#), *Bull Epidemiol Hebd*, (10):170-9, avril.
- Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. (2020) [A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations](#), *General Psychiatry* 2020;33:e100213.
- Quinn S.C., Kumar S. (2014) [Health inequalities and infectious disease epidemics: a challenge for global health security](#), *Biosecur Bioterror*, 12(5):263-273.
- Reger M.A., Stanley I.H., Joiner T.E. (2020) [Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm?](#), *JAMA Psychiatry*, published online April 10.
- Stiglitz J. (2020) [The US Response to Covid-19](#), *The economic implications of COVID-19: A webinar series from the Princeton Bendheim Center for Finance*, 27 April.
- Svendson, M.T., Bak, C.K., Sørensen, K. et al. (2020) [Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults](#), *BMC Public Health*, 20:565.
- Rodriguez-Leor O. et al. (2020) [Impact of the COVID-19 pandemic on interventional cardiology activity in Spain](#), *REC Interv Cardiol*, 2:82-89.
- Rosenberg E. S. et al. (2020) [COVID-19 Testing, Epidemic Features, Hospital Outcomes, and Household Prevalence, New York State—March 2020](#), *Clin Infect Dis.*, ciaa549, May.
- Rutter P.D., Mytton O.T., Mak M. et al. (2012) [Socio-economic disparities in mortality due to pandemic influenza in England](#), *Int J Public Health*; 57: 745 - 50.
- Salje H. et al. (2020) [Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France](#), DOI: 10.1126/science.abc3517, mai.
- Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Dray-Spira, R., Zureik, M. (2020) [Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19. Point de situation à la fin mars 2020. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS](#), ANSM-CNAM, Rapport, avril.
- Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot F., Dray-Spira, R., Zureik, M. (2020 b) [Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19. Point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS](#), ANSM-CNAM, Rapport, juin.
- Williamson E. et al. (2020) [OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients](#), medRxiv preprint.

Annexe 1. Les inégalités sociales face aux comorbidités aggravantes du Covid-19 : une analyse à partir des enquêtes EHIS 2014 et SRCV 2017

Une analyse a été menée par la DREES pour estimer l'influence de différents facteurs sociodémographiques (âge, sexe, type de ménage, catégorie socio-professionnelle du ménage, niveau de vie, région d'habitation) sur différents indicateurs de fragilité face au Covid-19 et au confinement. L'impact de chaque facteur est mesuré en contrôlant des autres effets à l'aide d'une régression logistique bimodale. Leur influence sur les différents indicateurs de risque (pathologies identifiées comme des comorbidités aggravantes, obésité) a été comparée à celle qu'ils ont sur d'autres variables de santé, dont certaines peuvent être considérées comme une fragilité particulière face au confinement (ex. santé mentale, maladies chroniques, ALD, addictions).

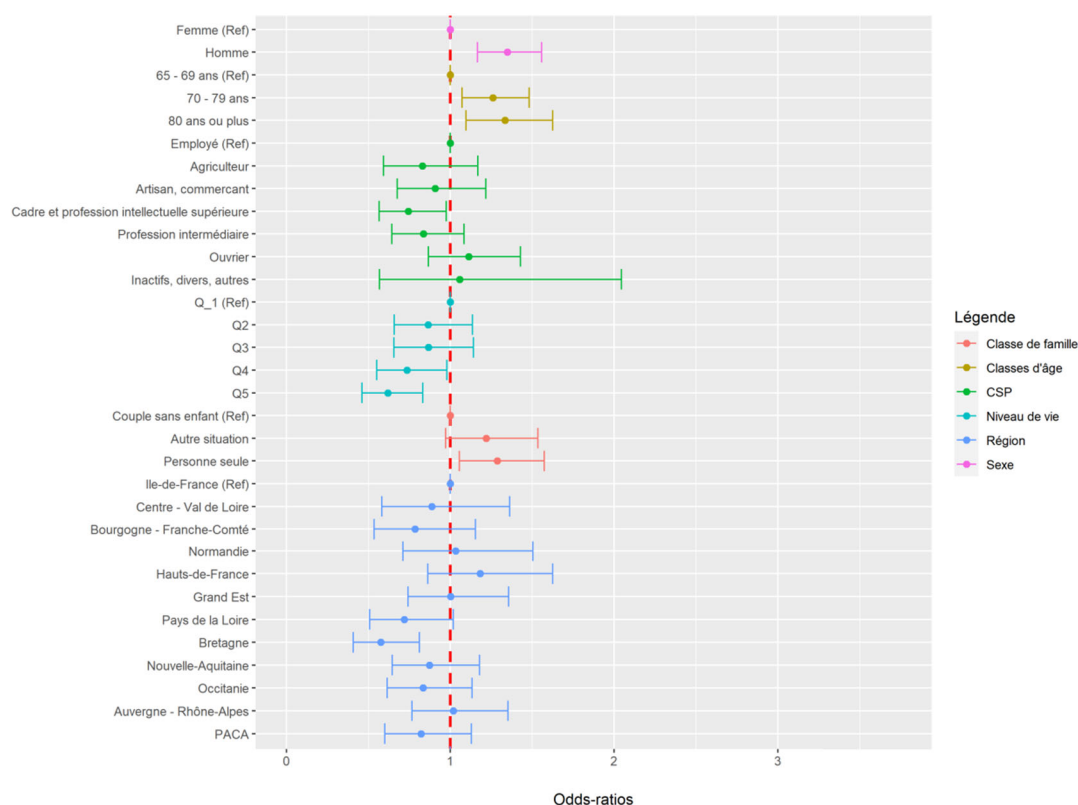
Cette note présente une sélection de ces résultats à partir des modèles portant sur l'indicateur de comorbidités aggravantes et d'obésité. Plusieurs modèles venant compléter ceux décrits dans la note ont été testés. Les analyses sont menées sur les données d'EHIS 2014 pour les indicateurs de comorbidités (avoir souffert au cours des 12 derniers mois d'une pathologie aggravante face au Covid-19 sélectionné dans une liste des pathologies déclarées dans l'enquête) (tableau 1) ou d'obésité (IMC ≥ 30) présentés ici, ainsi que d'analyses complémentaires sur les indicateurs de mauvaise santé ou de maladie chronique, et de santé mentale. Les enquêtes EHIS 2014 et SRCV 2017 ont été réunies et re-pondérées pour obtenir un échantillon de taille plus élevée afin d'étudier les indicateurs présents dans les deux enquêtes : consommation quotidienne d'alcool, de tabac, obésité seule.

Tableau 1 • Taux de la population concernée par les facteurs aggravants de l'indicateur de comorbidités

Indicateur	Taux de la population concernée
Asthme	8,8 %
Bronchite chronique, une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou un emphysème	5,9 %
Accident vasculaire cérébral (AVC) ou une attaque cérébrale ou séquelles d'AVC ou d'attaque cérébrale	1,2 %
Maladies des artères coronaires, une angine de poitrine ou un angor	2,2 %
Diabète	10,4 %
Infarctus du myocarde ou séquelles d'infarctus	1,2 %
Hypertension artérielle	15,5 %
Cirrhose du foie	0,1 %
Problèmes rénaux tels qu'une insuffisance rénale, une néphrite, un calcul des reins	2,1 %
Ensemble des comorbidités	30,0 %
Ensemble des comorbidités sans l'hypertension	20,3 %

Source > EHIS 2014, calculs DREES.

Figure 10 • Facteurs associés à la probabilité de souffrir d'une comorbidité ou d'obésité parmi la population âgée de 65 ans ou plus



L'influence d'une modalité est significative lorsque 1 est en dehors de son intervalle de confiance à 95 %.

Lecture > Les individus vivant dans un ménage du type « couple avec enfant » ont une probabilité significativement supérieure de souffrir d'une comorbidité aggravante ou d'obésité, par rapport aux individus vivant dans un ménage du type « couple sans enfant ».

Champ > Individus de 65 ans ou plus, vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Source > EHS 2014, calculs DREES.

Note :

Les dossiers de la DREES

N° 62 • juillet 2020

Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19

Directeur de la publication
Fabrice Lengart

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

ISSN
2495-120X



La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.

Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP

Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr