Inégalités sociales et COVID-19

Andrea Rea (ULB), Judith Racapé (ULB) et Camille Fortunier (ULB)

Observatoire du sida et des sexualités

13 janvier 2021

ULB Faculté de Philosophie et Sciences sociales esp GERME Group for research on Ethnic Relations, Migration & Equality

Ce que l'on sait des études cliniques

- Certains facteurs comme l'âge, le sexe et la présence de comorbidités (diabète, les maladies respiratoires, cardiovasculaires et rénales) sont des prédicteurs des formes sévères du COVID19
- Le rôle des facteurs sociaux a été sous-estimé
- Or, l'impact des inégalités sociales sur la santé de la population est bien connu (les déterminants sociaux de la santé) [1,2]
- Pourquoi cette ignorance dans le cas du COVID-19?

1. *Marmot M "Social determinants of health inequalities." Lancet. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104.*
2. *Pickett K. & Wilkinson R., 2015, Income Inequality and Health: A Causal Review. Social Science & Medicine 128: 316-326.*

De la pandémie à la syndémie

- Pour Singer et Mendenhall (2017) et Bambra et al. (2000), une syndémie caractérise un entrelacement de maladies, de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux qui, par leur synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population
- La crise sanitaire de la COVID19 a exacerbé les inégalités sociales et de santé, et en a fait apparaitre d'autres
- NCD = maladies chroniques (cancers, cardio-vasculaires, asthmes, diabète, etc.)

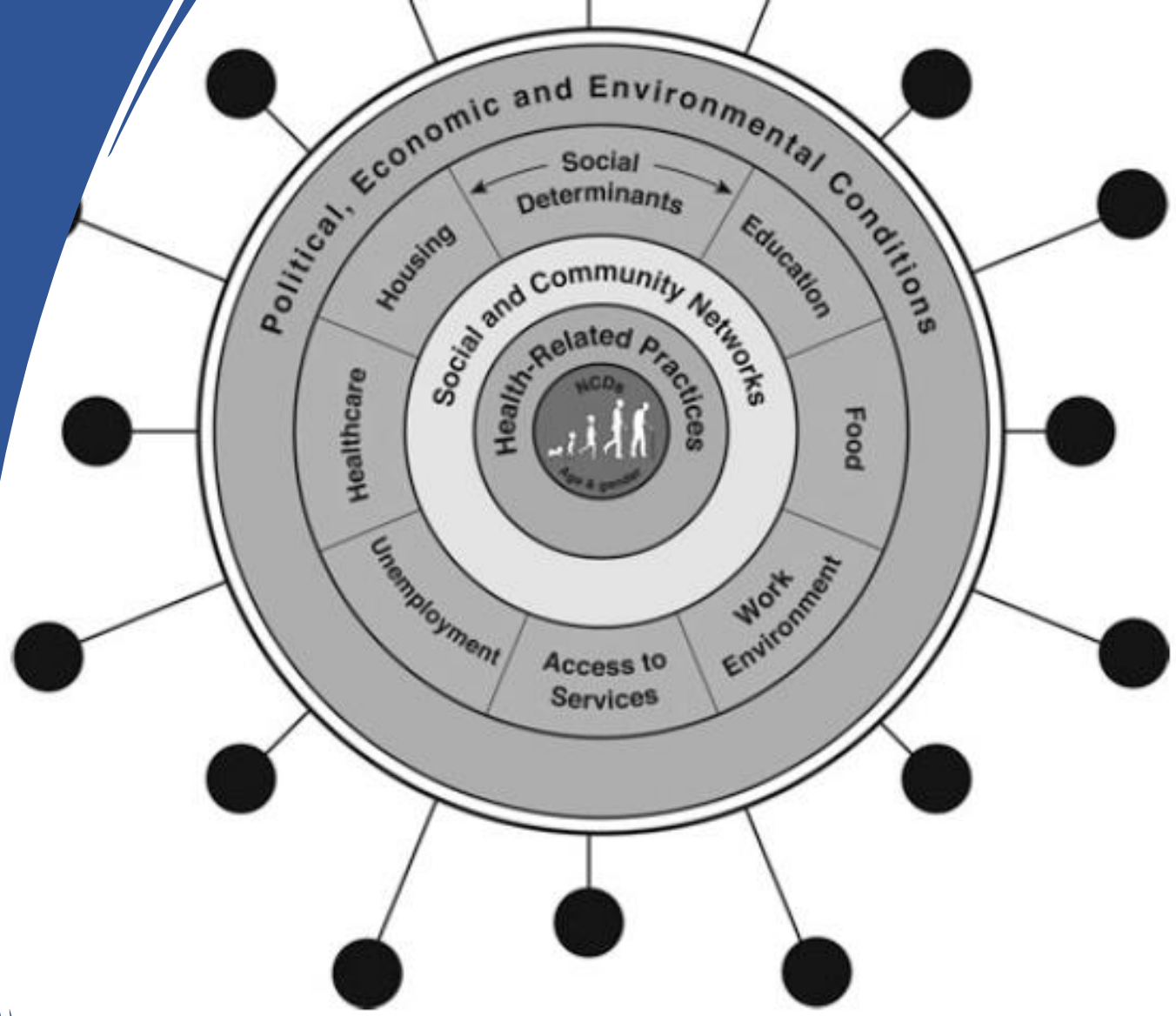
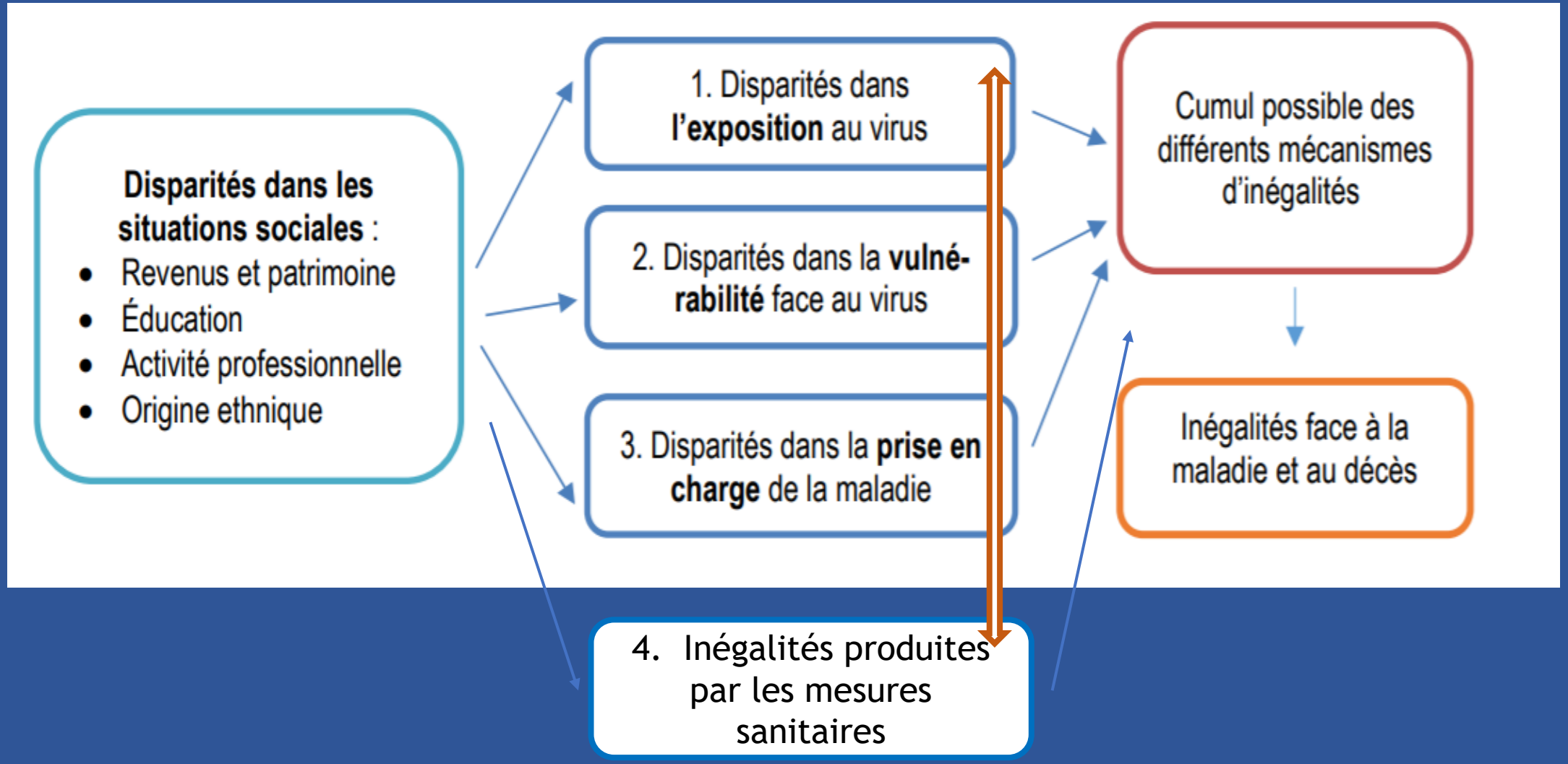


Figure 1 The syndemic of COVID-19, non-communicable diseases (NCDs) and the social determinants of health (adapted from Singer[23] and Dahlgren and Whitehead[25]).

Les disparités sociales étudiées à partir des épidémies de grippe et maladies infectieuses, schéma appliqué au COVID-19 [3]



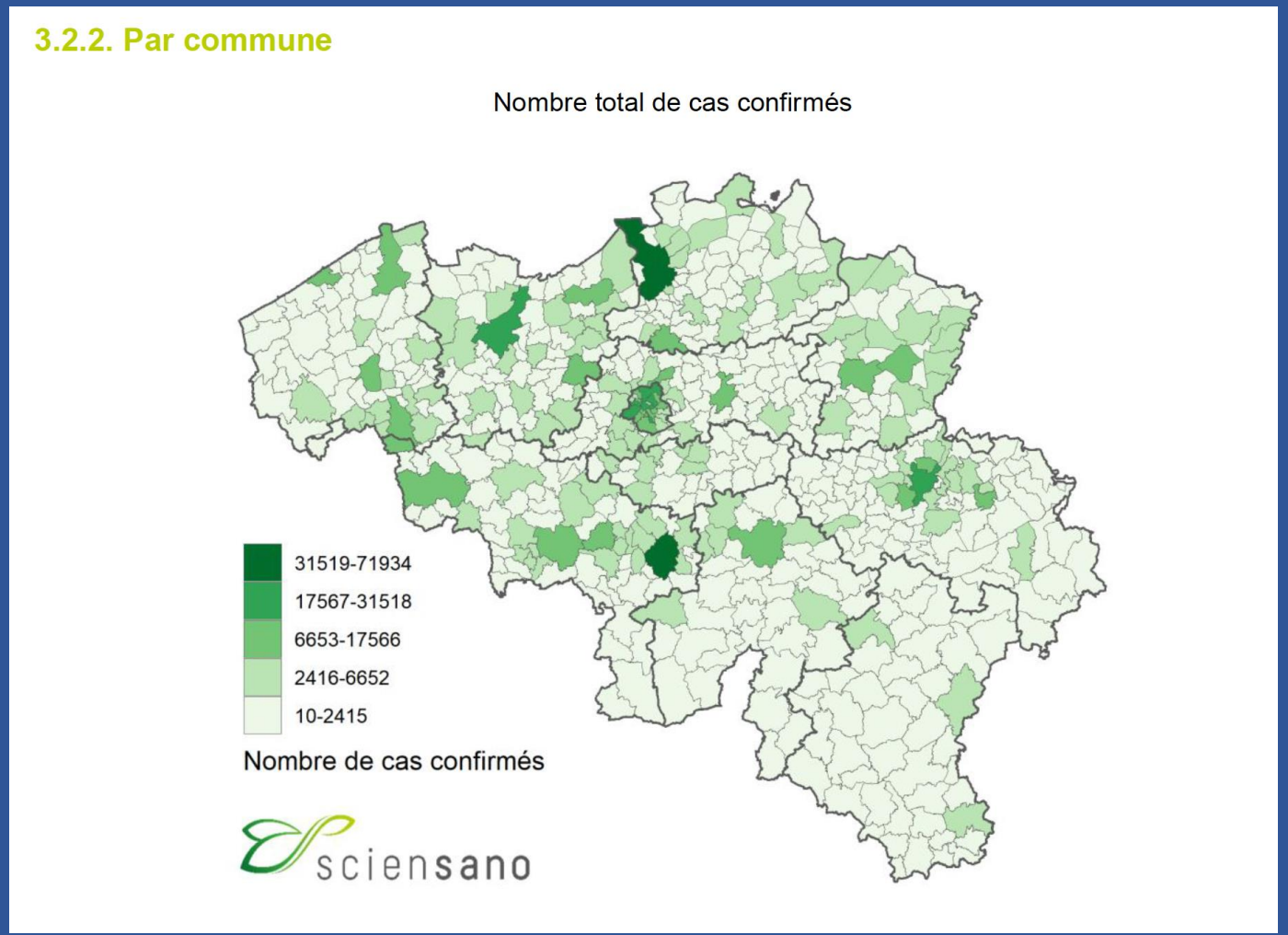
3. Blumenshine P. et al., (2008) Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective, Emerg Infect Dis,14(5):709-715.

1/ Exposition différentielle au virus

1. Disparités dans **l'exposition** au virus

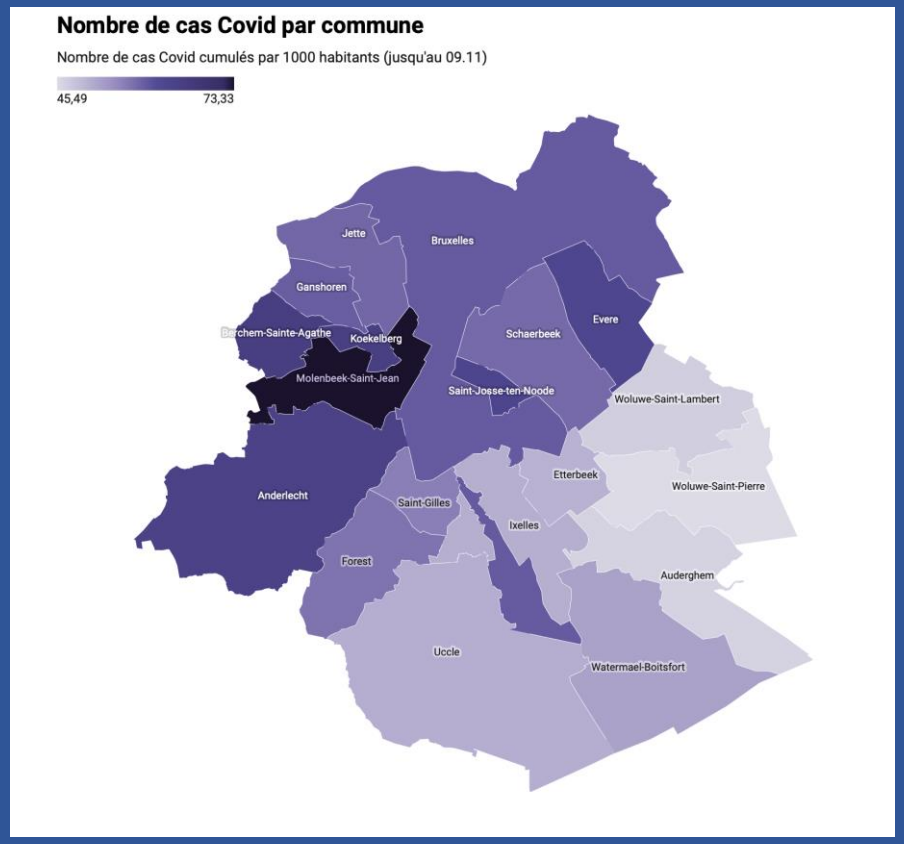
- **L'exposition à la contamination liée aux conditions de vie et de logement**
  - Zone urbaine densément peuplée, pas ou peu d'espace vert, mauvaise qualité de l'air, majoritairement défavorisée.
  - Logements exigus ou nombre élevé d'occupants, logements collectifs (immeubles avec de nombreux appartements)
  - Logements « surpeuplés »
  - Llogements multigénérationnels

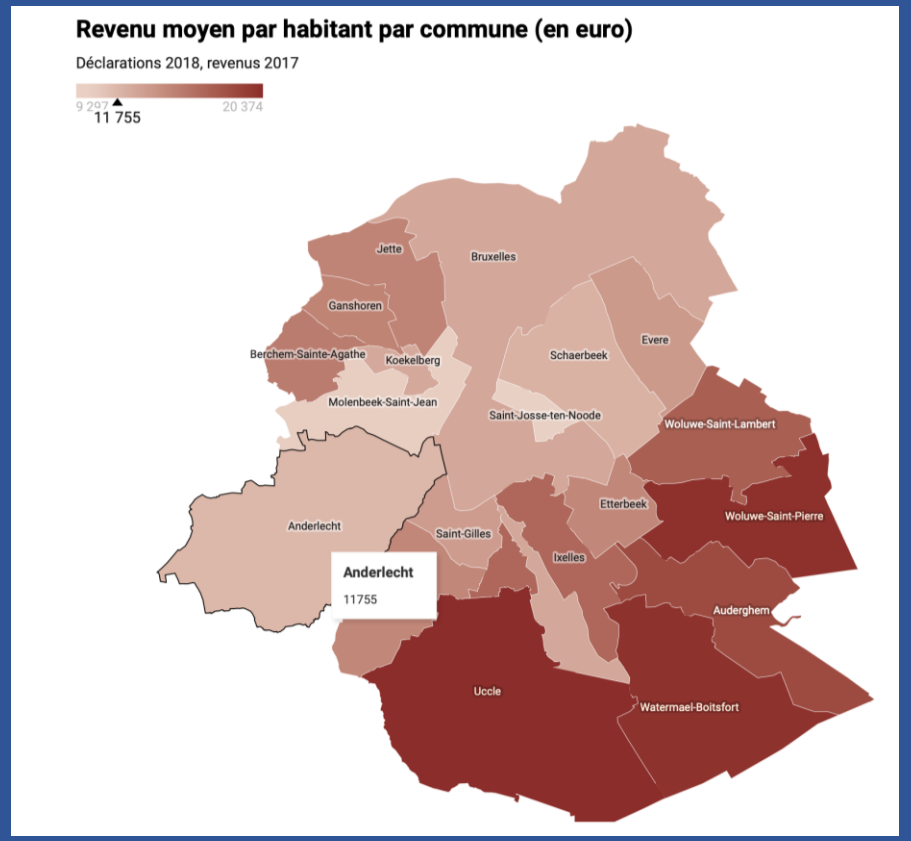
Contaminés confirmés entre le 24/3/2020 et le 12/11/2021



L'exposition à la contamination liée aux conditions d'existence et de logement

1. Disparités dans **l'exposition** au virus





Les habitants des 10 % des quartiers aux revenus les plus faibles avaient 2,6 fois plus de risques d'être infectés par le COVID-19 que les habitants des 10 % des quartiers les plus riches*. La surmortalité due au COVID-19 a frappé plus durement les personnes ayant des revenus plus faibles (les Bénéficiaires de l'Intervention Majorée notamment) : leur surmortalité relative est de 70 % contre 45 % pour les personnes ne bénéficiant pas de l'intervention majorée.*

Willaert, Didier et Vrancken, Jérôme (février 2021). Inégalités de mortalité face à l'épidémie de coronavirus en Belgique, Étude réalisée pour la Mutualité Solidaris.

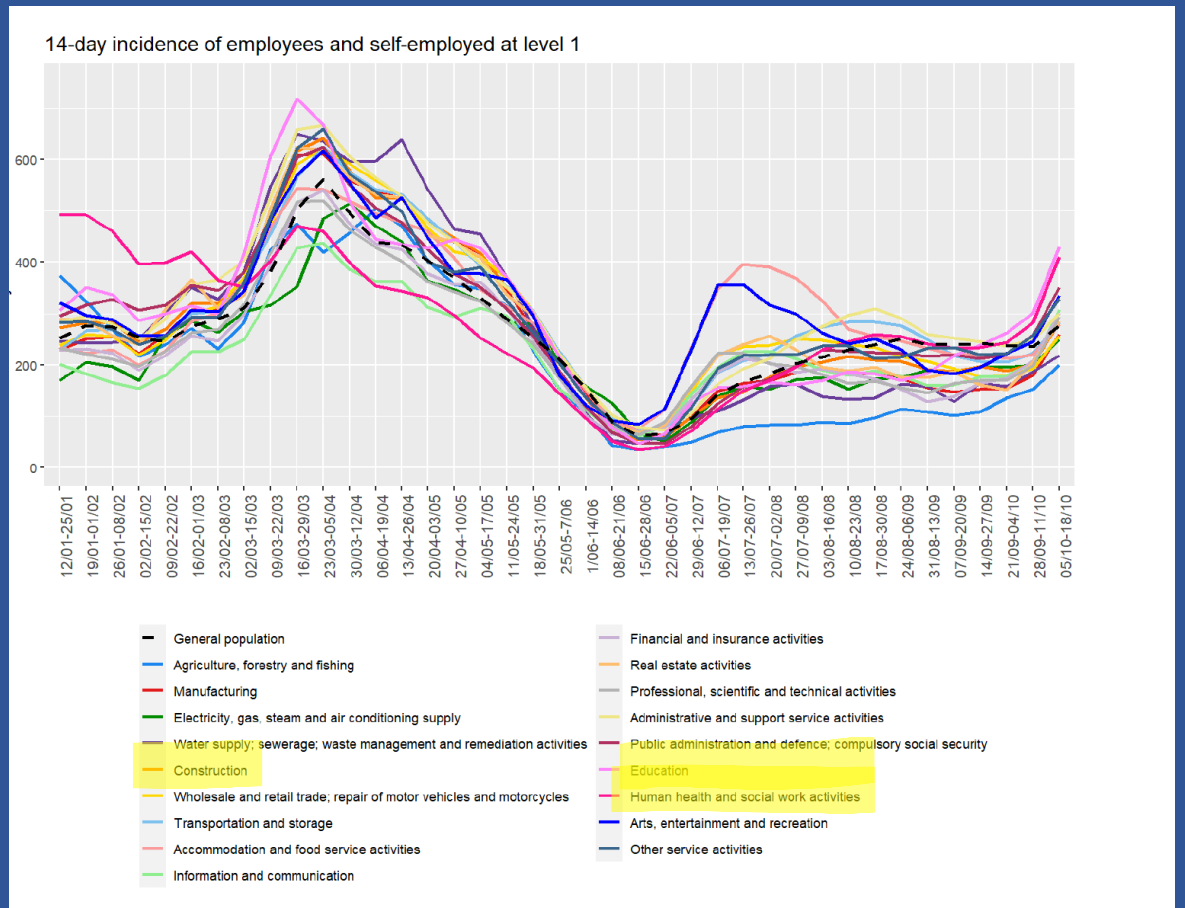
1. Exposition différentielle au virus

1. Disparités dans **l'exposition** au virus

- **Le risque d'exposition plus élevé pour certaines activités professionnelles**
  - Personnel soignant, majoritairement féminin
  - Emplois exposés = magasin d'alimentation, livreurs, conducteurs transports en commun,
  - Emplois dont l'activité a été maintenue en présentiel (Pas de télétravail possible)

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

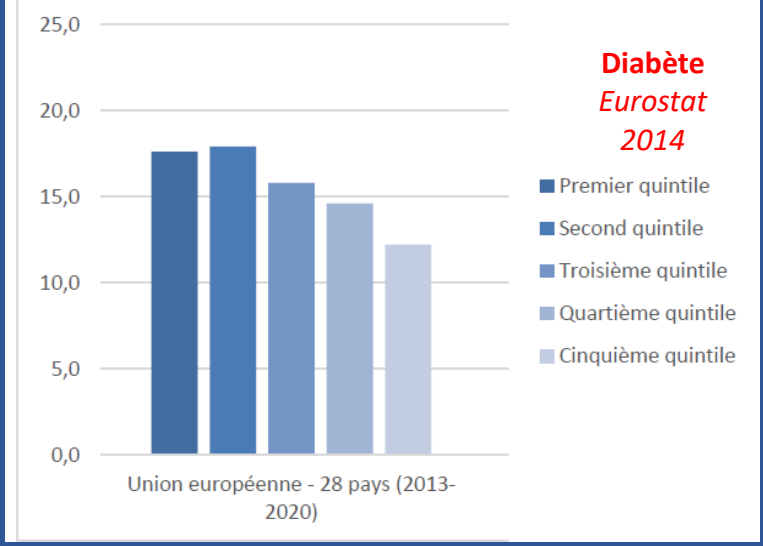
	Hommes		Femmes	
Belge	O84	(Administration publique)	P85	(Enseignement)
UE-14	G47	(Commerce de détail)	G47	(Commerce de détail)
UE-13	F41	(Construction)	N81	(Services relatifs aux bâtiments)
Candidat UE	F43	(Travaux spécialisés)	N81	(Services relatifs aux bâtiments)
Autre Européen	F43	(Travaux spécialisés)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

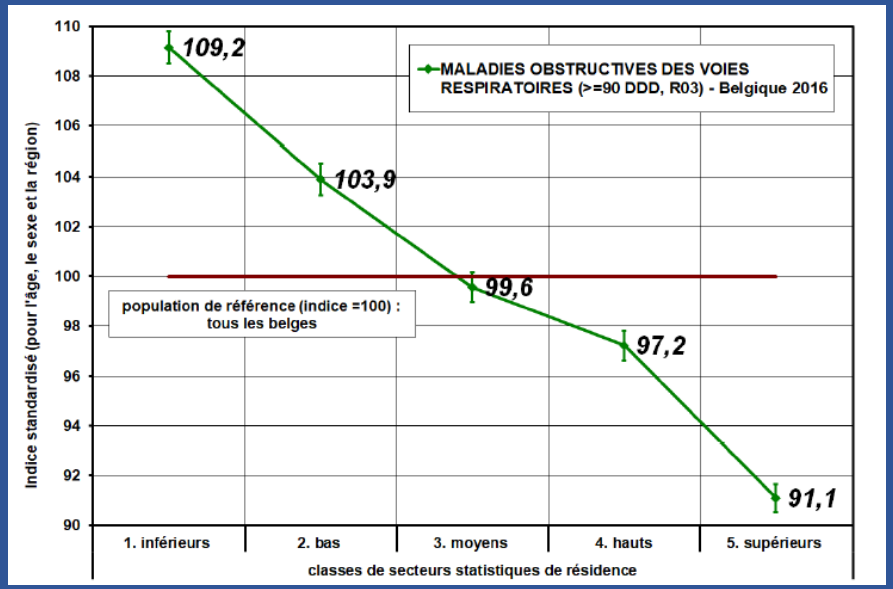


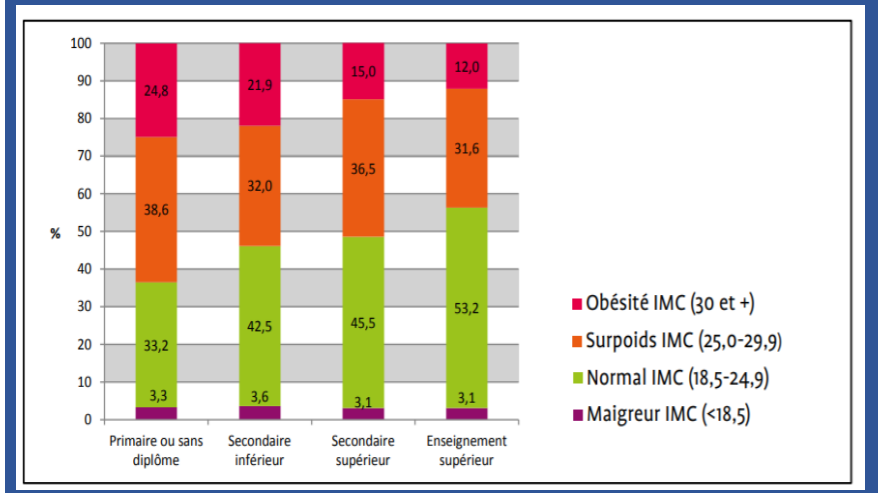
2/ Susceptibilité différentielle au virus

2. Disparités dans la **vulnérabilité** face au virus

- **Gradient social de santé** et notamment pour différentes pathologies aggravant la COVID19: obésité, hypertension artérielle, diabète, maladies coronariennes, pathologies pulmonaires chroniques







Sur-représentation des minorités ethniques dans les décès

2. Disparités dans la **vulnérabilité** face au virus

- Lors de la première vague, la mortalité des personnes issues de l'immigration en Belgique était plus élevée que celle des personnes non issues de l'immigration

- Chez les hommes d'origine belge âgés de 40 à 65 ans, la mortalité a augmenté de 7 % par rapport à l'année précédente, de 70 % chez les hommes d'origine africaine subsaharienne et de 25 % chez les hommes d'origine maghrébine

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

3. Accès différentiel aux soins

3. Disparités dans la **prise en charge** de la maladie

Gradient social dans la prise en charge

- Moins de médecins de famille
- Population précaires se perçoivent plus en mauvaise santé et ont moins recours à la *prévention* et à l'accès au soin

Renoncement aux soins

- Chute des recours aux urgences pour des pathologies à risque vital (AVC, …)
- Retards de prise en charge des pathologies chroniques

Etude dans deux hôpitaux Bruxellois

J-C Goffard (Erasme)
N Dauby (CHU St Pierre)

- La région Bruxelles capitale a été particulièrement touchée par la COVID19
- Plusieurs hypothèses: densité de la population, % importante de personnes dans les maisons de repos, transports communs, une population d'origine immigrée importante et un taux de pauvreté plus élevé
- Deux hôpitaux bruxellois (Erasme et CHU St Pierre) localisés dans les communes les plus pauvres de Bruxelles et accueillant une population migrante

OBJECTIFS

1. Décrire le profil socio-démographique et clinique des patients hospitalisés COVID-19 par groupe de nationalité
2. Analyser les facteurs de risque associés à la mortalité et à l'admission aux soins intensifs

Méthodes

Extraction des bases de données COVID19 de chaque hôpitaux :

Couplage

Encodage des données sociales à partir des dossiers médicaux:

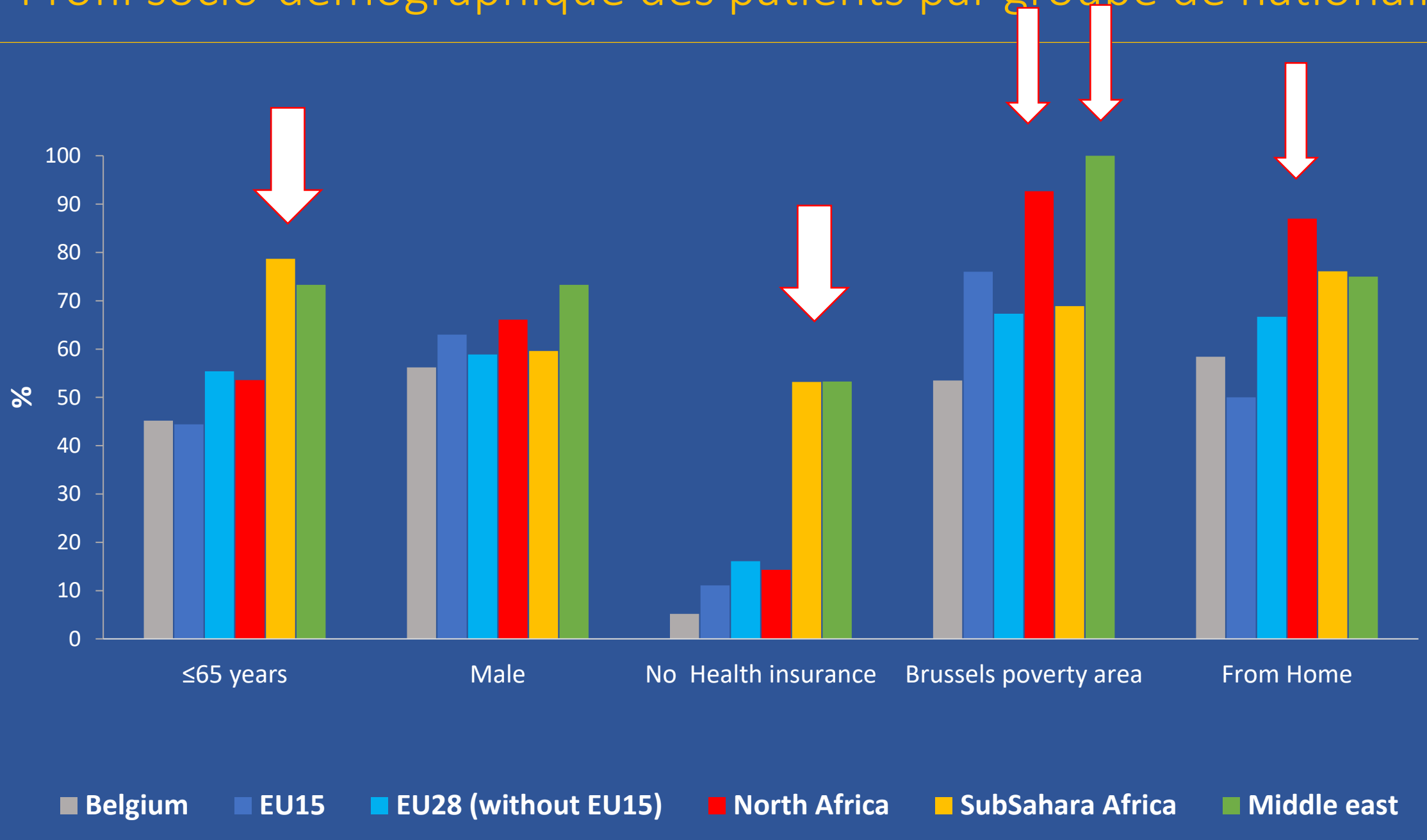
Comorbidités: obésité, diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires et pulmonaires, néoplasie
Durée de séjour (jours)
Décès
Admission aux soins intensifs

Assurance santé: Oui (mutuelle, privée), Non (pas d'assurance, AMU, fedasil)
Nationalité: Belge, EU15, EU28 (sans EU15), Afrique sub-saharienne, Maghreb, Moyen-Orient, Autre
Code Postal: Croissant pauvre, Wallonie, Flandres, Etranger
Origine patients: Domicile, Maison de repos, Autre hôpital/service

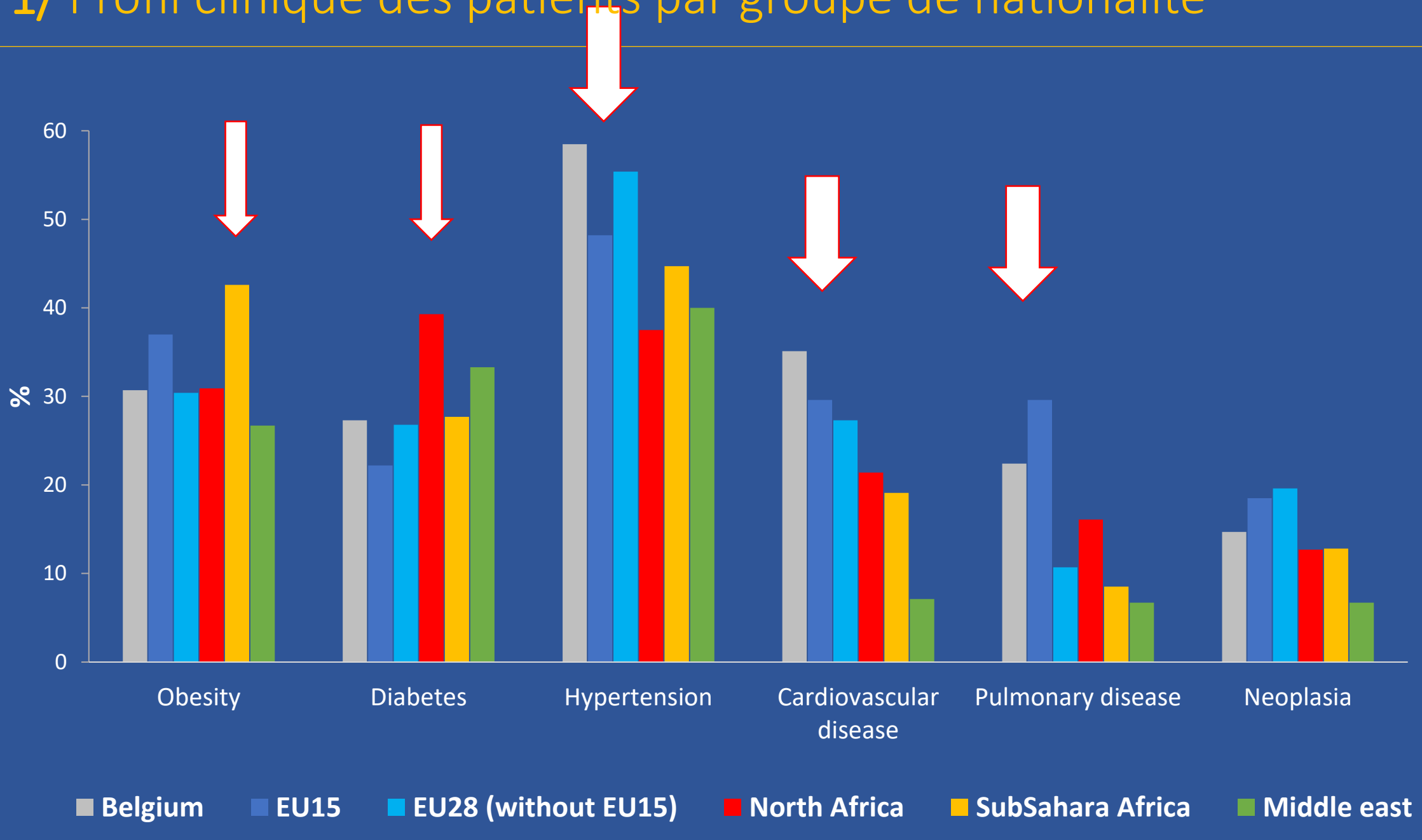
Entre le 1er mars et 31 juin 2020 (N = 786) **Erasme** N=468 **/ CHU St Pierre** N=318

Facteurs de risques cliniques et sociaux associés à la mortalité et l'admission aux soins intensifs des patients hospitalisés COVID-19 lors de la première vague

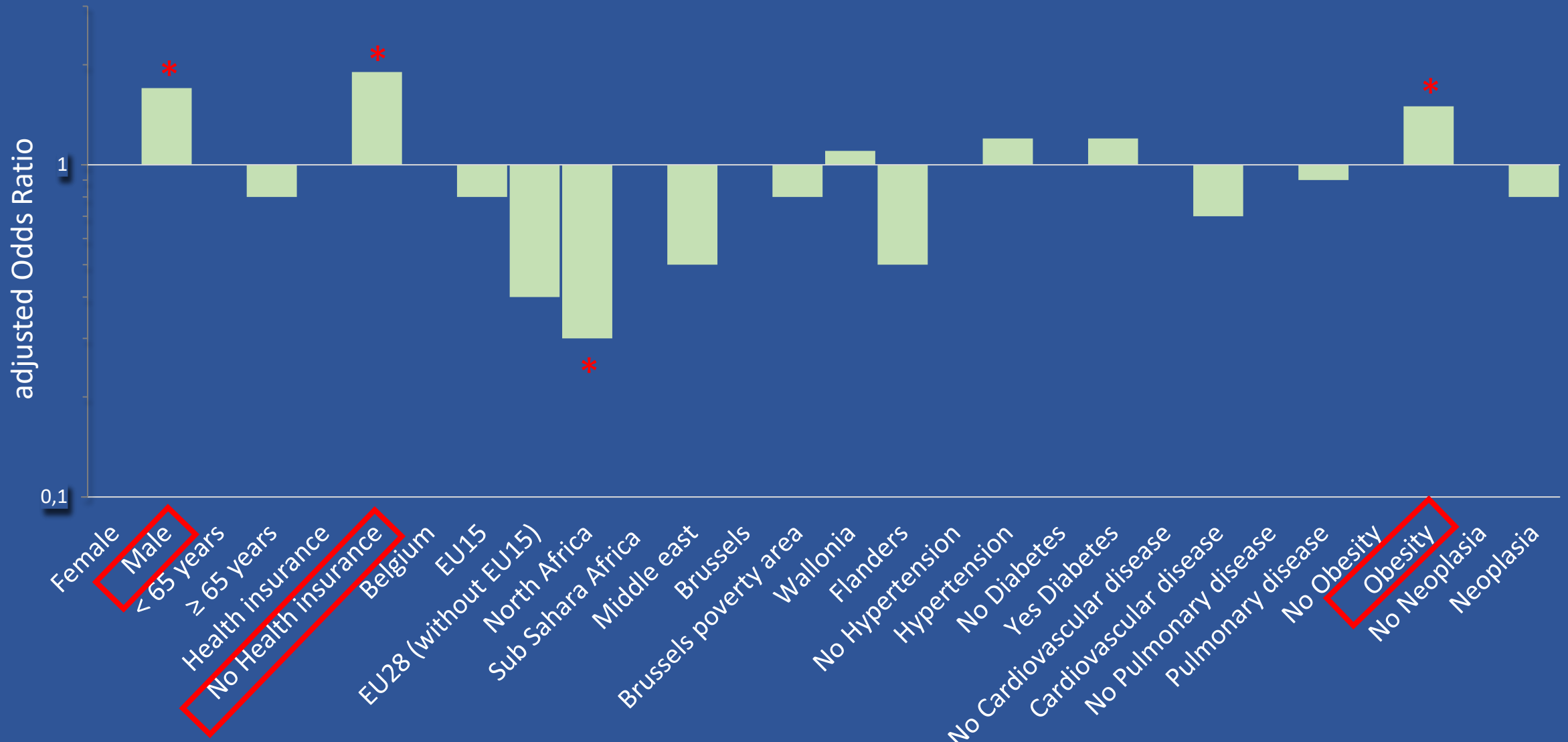
1/ Profil socio-démographique des patients par groupe de nationalité



1/ Profil clinique des patients par groupe de nationalité

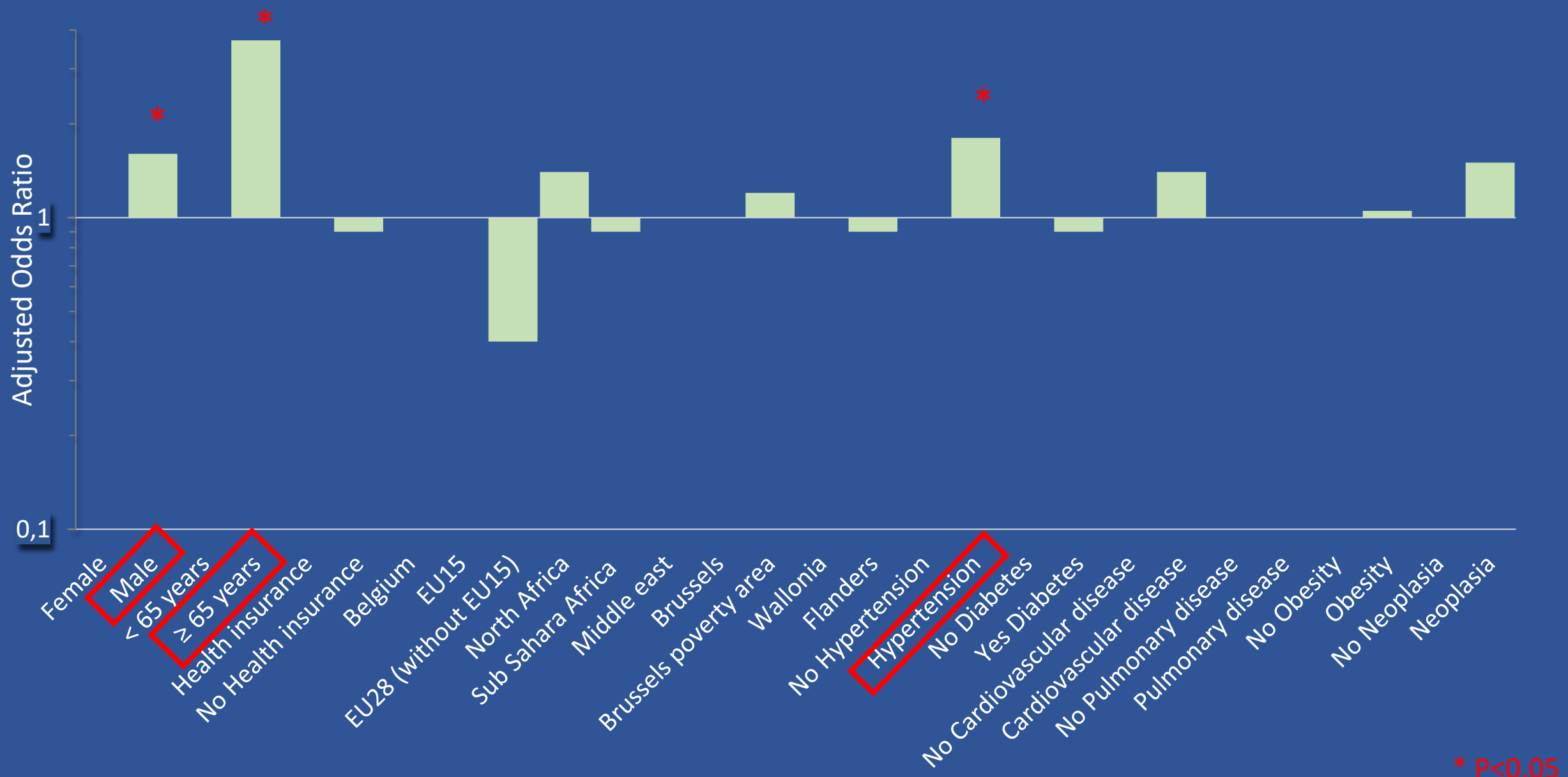


2/ Facteurs de risques associés à l'admission aux soins intensifs



* P<0.05

2/ Facteurs de risques associés à la mortalité



* P<0.05

Conclusion

- Profil socio-démographique et cliniques diffèrent en fonction des groupes de nationalités
- Facteurs de risques bien connus pour la COVID19 (âge, sexe, comorbidités) et d'autres plus sociaux (assurance santé)
- Prévalence de l'obésité et de hypertension qui est particulièrement élevée dans les milieux défavorisés
- Importance de collectés en routine les données cliniques et sociales

"Social and clinical risk factors associated with Intensive Care Unit admission and mortality of hospitalized COVID-19 patients during the first wave in Belgium" submitted in Archives of Public Health.

Comprendre les relations entre variables

L'illusion de la personne belge moyenne
Méthode sortir de l'approche population versus individu et du modèle utilitariste couts-bénéfices

"Si les hommes définissent des situations comme réelles, alors elles sont réelles dans leurs conséquences"

Structures et dynamiques familiale

Hiérarchie des problèmes sociaux parmi les publics précarisés

Rationalité scientifique et croyances

Structures et dynamiques familiales

- Les variables : densité de population et nombre limité de mètres carrés logement/par personne

  - Parmi les personnes précarisées : polarisation entre isolement sociale et vie familiale forte
  - En lien avec structure familiale composée de plusieurs personnes, sur plusieurs générations, avec *des liens forts* avec famille de deuxième degré
  - Lutter contre la précarité = densifier les relations familiales comme source de solidarité et d'entraide (souvent territorialisée)
  - Densité des relations et vie plus communautaire = davantage de relations sociales et davantage de probabilité de contaminations
  - Difficulté d'appliquer les mesures sanitaires de distanciation, de confinement et de quarantaine dans les espaces privés (logements)
  - L'importance des rites collectifs (mariages et funérailles), cohésion sociale en particulier lors des visites aux familles des défunts = *dilemme morale entre impératif de sécurité sanitaire et obligations morales*

→ *Constat de l'importance des clusters familiaux et des hospitalisations de patients d'une même famille*

Hiérarchie des problèmes sociaux parmi les publics précarisés dont les minorités ethniques

- La précarité = la limitation des choix et des préférences, hiérarchise des urgences sociales (*cf.* les travaux des les pays en développement)
- Le COVID-19 = un risque parmi tant d'autres
- Les effets néfastes des mesures populationistes sur les populations précarisées, on ne tient pas compte de leur réalité (isolement dans un logement exigu)
- Le maintien du travail/revenu est vital, surtout avec le chômage dû à la réduction des activités ou leur arrêt (revenu de remplacement); *au risque* de la contamination
- Non-recours au droit (non-take-up): complexité institutionnelle, fracture numérique, méfiance envers les institutions (violence institutionnelle, épuisement, colère, etc.)
- Pour les personnes dans le secteur informel, l'emploi à tout prix prime sur certaines mesures sanitaires
- Usage plus fréquent des transports en commun
- *Dilemme de la vie précaire* : se faire dépister au risque de devoir faire une quarantaine, de ne pas pouvoir travailler ou de devoir renoncer à envoyer les enfants à l'école

→ *Pourquoi répondre aux injonctions normatives sanitaires si la société et/ou l'État ne veillent pas à garantir une vie socio-économique digne*

Rationalité scientifique et croyances (maladie et vaccination)

- Littératie en matière de santé (communication, langue, etc.)
- Faible importance accordée à la rationalité scientifique fondée sur l'administration de la preuve, pas de croyance dans la science
- Concurrence entre message scientifique et expérience vécue (casuistique)
- Sentiment de collusion entre discours du personnel politique et celui des experts scientifiques, contamination de la méfiance envers le premier aux seconds
- Communiquer, communiquer ne suffit pas
- Différence entre avoir *confiance* dans une personne ou dans le message, priorité accordée à la confiance à la personne (qui parle comme le récepteur du message)

→ *Agir sur les personnes de confiance (sages-femmes versus service COVID-19 d'un hôpital)*